



**การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ
ของผู้บริจาคไต**

**COGNITIVE APPRAISAL , SOCIAL SUPPORT AND HEALTH STATUS
OF LIVING KIDNEY DONORS**

สนิสา มหาสิทธิวัฒน์

อธิปัทมนาการ

จาก

มอเทอรัททอลย์ น. นนลล.

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**

พ.ศ. 2538

๖๗

๘๘๑๙๓

๕๕๓๙

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำ แรงสนับสนุนทางสังคม
และภาวะสุขภาพของผู้บริจาคน้ำ

สุวิภา - วิเศษรัตน์

สุวิภา มหาสิทธิวัฒน์
ผู้วิจัย

สมพร ชินโนรส

สมพร ชินโนรส , วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข),
วท.ม.(พยาบาล)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

โสภณ จิรศิริธรรม

โสภณ จิรศิริธรรม , วท.บ. (แพทยศาสตร์),
พบ.,วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มนต์รี จุลสมัย

มนต์รี จุลสมัย,พบ.,Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

กมลกร สุวรรณโคต

กมลกร สุวรรณโคต , วท.บ. (พยาบาล),
M.S., ค.ด.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

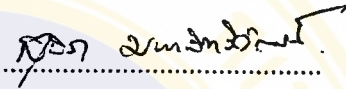
การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไต แรงสนับสนุนทางสังคม

และภาวะสุขภาพของผู้บริจาไต

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2538



สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์

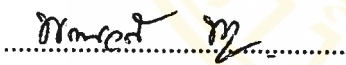
ผู้วิจัย



สมพร ชินโนรส , วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข),

วท.ม.(พยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

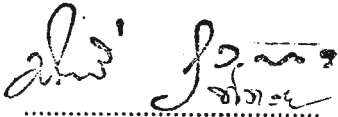


พรณวดี พุทธิวัฒน์ , วท.บ. (พยาบาล),

วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน) ,

วท.ด. (โภชนศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

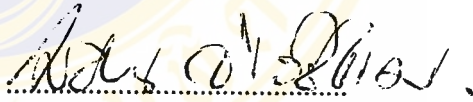


มันตรี จุลสมัย, พบ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

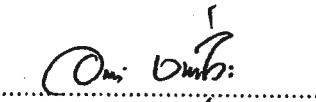
มหาวิทยาลัยมหิดล



โสภณ จิรธีธรรม , วท.บ. (แพทยศาสตร์),

พบ., วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ , M.B., B.S., F.R.C.P.,

F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์

วัน เดือน ปีเกิด 15 เมษายน พ.ศ. 2506

สถานที่เกิด ปราจีนบุรี

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2524 - 2528
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536 - 2537
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย การวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์จาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2528 - ปัจจุบัน : พยาบาลประจำการ ระดับ 5
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ โสภณ จิรสิริธรรม ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณวดี พุฒวัฒนะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ช่วยให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุลและดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามที่ กรุณาให้แนวคิดในการทำวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆล้วนเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางต่อ ผู้วิจัยยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไข ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกตรวจคัดสรรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้บริจาคไตทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดขอขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้อง เพื่อนๆทุกท่านที่คอยช่วยเหลือเป็นกำลัง
ใจในการศึกษาด้วยดีตลอดมา ความดีและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่บิดา
มารดา คุณอาจารย์ และผู้บริจาคใดทุกท่าน

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวทางสังคม และ
 ภาวะสุขภาพของผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาว

ผู้วิจัย สุวิมล มหาสิทธิวัฒน์

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

 สมพร ชินโนรส, วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข) , วท.ม. (พยาบาล)
 โสภณ จิรสิริธรรม , วท.บ. (แพทยศาสตร์), พบ. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป)

วันที่สำเร็จการศึกษา 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวทางสังคม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาว ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวที่ได้รับการตรวจที่คลินิกเปลี่ยนไตหรือคลินิกศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 45 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาว ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนและจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวทางสังคม ใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของแบรนต์และไวเนอร์ (1981) และภาวะสุขภาพซึ่งประเมินสุขภาพกายจากระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาว ส่วนความผาสุก ใช้แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของดูปาย (1977)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวในทางที่ดีร้อยละ 95.6 รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และผู้บริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวส่วนใหญ่มีสุขภาพกายดีโดยมีระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคนไข้วัยหนุ่มสาวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่

เดียวกันพบว่าระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด และระดับโปรตีนในปัสสาวะ ก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .001$; $p < .01$ ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริจาคไตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.6) มีความผาสุกมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้บริจาคไต พบว่า การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต ($r = .82$, $p < .001$; $r = .60$, $p < .001$ ตามลำดับ) และการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต ($r = -.65$, $p < .001$; $r = -.43$, $p < .01$ ตามลำดับ) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ($r = .64$, $p < .001$)

กล่าวโดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความตรงตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน ในส่วนที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา และความผาสุกซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกภาวะสุขภาพทางใจของผู้บริจาคไต พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดในการวิจัย รวมทั้งแนวทางในการนำผลวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยครั้งต่อไป

Thesis Title Cognitive Appraisal, Social Support and Health Status of Living Kidney Donors.

Name Sunisa Mahasittiwat

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Somporn Chinnoros, B. Sc. (P.H.N.), M.S. (Nursing)

Sopon Jirasiritham, B.Sc., M.D., Dip. Thai Board of General Surgery

Date of Graduation 20 November B.E. 2538 (1995)

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study cognitive appraisal , social support and health status of living kidney donors by examining the relationships among cognitive appraisal, social support and well - being of living kidney donors. The purposive sample consisted of 45 kidney donors from Surgical Out-patient Department at Ramathibodi Hospital. Lazarus & Folkman 's stress theory (1984) provided a conceptual framework for the study. The instruments used for data collection were The cognitive appraisal of donation scale developed by researcher , The personal resource questionnaire part 2 developed by Brandt and Weinert 1981 . In addition, physical health status of the sample was measured by serum creatinine , blood urea nitrogen, proteinurea , blood pressure before and after donation and well being of the sample was measured by The general well-being (Dupuy 1977).

Results of the study indicated that most of the living kidney donors (95.6 %) had good cognitive appraisal of donation and most of the sample also had high percieved social support . In addition,most of the living kidney donors had good physical health status.The significantly differences of serum creatinine , blood urea nitrogen, proteinurea were found before and after donation($p<.001$; $p<.001$; $p<.01$) . By means of serum creatinine , blood urea nitrogen, protienurea after donation were higher than that before donation . However, systolic blood pressure and diastolic blood pressure were not significantly

different between the two periods ($p > .05$) .

Most of the living kidney donors (75.6 %) were in well-being. Correlation analysis revealed that good cognitive appraisal of donation was positively correlated with social support ($r = .82$, $p < .001$) , and positively correlated with well-being ($r = .60$, $p < .001$) . Bad cognitive appraisal of donation was negatively correlated with social support ($r = -.65$, $p < .001$) , and negatively correlated with well-being ($r = -.43$, $p < .001$) .In addition social support was positively correlated with well-being ($r = .64$, $p < .001$).

The findings seemed to support the validity of Lazarus & Folkman 's stress theory about relationships among cognitive appraisal , social support as coping resources for well being . Limitations of the study , implications for clinical practice , nursing education and suggestion for further study were recommended.

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค-ง
สารบัญ	จ-ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ซ
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
สมมติฐานของการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
ข้อตกลงเบื้องต้น	11
นิยามตัวแปร	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ความเป็นมาของกระบวนการบริจาคไต	14
การประเมินตัดสินใจและการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต	17
แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต	21
ภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต	27
ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	42
สถานที่ศึกษา	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	53
การอภิปรายผล	65
ข้อจำกัดในการวิจัย	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะ	82
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	
ก การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย	92
ข แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	93
ค แบบวัดการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคไต	94
ง แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล	95
จ แบบประเมินภาวะสุขภาพกาย	96
ฉ แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป	97
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	99
ช ตาราง ก แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคไต	100

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	54
2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง	57
3 จำนวน ร้อยละของการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภค ของกลุ่มตัวอย่าง	58
4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง	58
5 จำนวน ร้อยละของคะแนนระดับเครียดในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการบริโภคจำแนกตามเกณฑ์ปกติ	60
6 จำนวน ร้อยละของระดับความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง	61
7 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับเครียดในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริโภค	62
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริโภค ของกลุ่มตัวอย่าง	63
9 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	64

สารบัญรูป

รูปที่	
1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	9
2 แสดงกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของโคเฮนและวิลส์	37

บทที่ 1

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ด้านการเปลี่ยนไต (Renal transplatation) มีความเจริญก้าวหน้ามาก การเปลี่ยนไตจึงประสบความสำเร็จมากขึ้น ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Chronic end stage renal disease) ซึ่งได้รับการเปลี่ยนไตมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการเปลี่ยนไต (นงนุช บุญยัง 2536: 41-43 ; Molzahn 1991 : 1042-1047) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมารอรับการเปลี่ยนไตเป็นจำนวนมาก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานจากศูนย์เครือข่ายการบริจาคอวัยวะ (The United Network for Organ Sharing cited in Perryman & Stillerman 1990 : 185) พบว่า เดือนธันวาคม ค.ศ.1988 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรอรับการเปลี่ยนไต (Waiting list) 13,947 คนและมีผู้ได้รับการเปลี่ยนไตในปีเดียวกัน 9,123 คน โดย 7,279 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Cadaveric donor) ซึ่งเป็นผู้ที่มีสมองตาย (Brain death) และ 1,845 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น บิดา มารดา พี่น้องและบุตร สำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลรามธิบดี จากปีพ.ศ. 2535 ถึงพ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรอรับการเปลี่ยนไต 276 คน 300 คนและ 389 คนตามลำดับ (สถิติจากห้องตรวจเนื้อเยื่อตุลาคม 2537) จากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่า มีผู้รอรับการเปลี่ยนไตเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่ปี พ.ศ.2536 มีผู้ได้รับการเปลี่ยนไตเพียง 34 คน โดย 22 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตและ 12 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต และปี พ.ศ.2537 มีผู้ได้รับการเปลี่ยนไตเพียง 43 คน โดย 28 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต และ 15 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (เวชสถิติ พศจิกายน 2537) หากสรุปโดยรวมตั้งแต่เริ่มดำเนินการเปลี่ยนไตเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2529 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2537 มีผู้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต 237 คน โดย 173 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต และ 64 คนได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (โสภณ จิรสิริธรรม 2537 : 46-48) จะเห็นได้ว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนไตให้กับผู้รอรับการเปลี่ยนไตได้ทั้งหมด ปัญหานั้นคือการขาดแคลนผู้บริจาคไต (โสภณ จิรสิริธรรม 2537 : 46)

ผู้บริจาคไตจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากต่อการเปลี่ยนไต จากการศึกษาผลของ

การเปลี่ยนไตในเรื่องอัตราการคงสภาพของไต (Graft survival rate) และอัตราการรอดชีวิตของผู้รับไต (Patient survival rate) ระหว่างผู้บริจาคไตที่มีชีวิตกับผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต พบว่าอัตราการคงสภาพของไตและอัตราการรอดชีวิตของผู้รับไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิตสูงกว่าผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (โสภณ จิรศิริธรรม 2537 : 46 ; Task Force on Organ Transplantation 1986) นั่นคือการเปลี่ยนไตโดยได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ผลสำเร็จสูงกว่าการเปลี่ยนไตโดยได้รับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต แต่อย่างไรก็ตามผู้บริจาคไตที่มีชีวิตต้องมีชีวิตอยู่กับไตที่เหลือเพียงข้างเดียว แม้ว่าตามทฤษฎีไตที่เหลือสามารถทำหน้าที่ทดแทนได้ โดยมีการเพิ่มขนาดของไตและมีการเพิ่มอัตราการกรองของไต (Anderson et al 1991: 11) แต่จากการศึกษาของเบรนนอร์ (Brenner 1983 : 647) ซึ่งได้ทดลองในหนู พบว่า ไตที่เหลือเพียงบางส่วนอาจทำให้มีโปรตีนในปัสสาวะ มีความดันโลหิตสูงหรือไตที่เหลือถูกทำลาย และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบผู้บริจาคไตที่มีชีวิตรายหนึ่งมีการทำงานของไตเสื่อมลงและเกิดภาวะไตวาย ดังนั้นการศึกษากาว่าสุขภาพของผู้บริจาคไตจึงมีความสำคัญต่อการบริจาคไต

นอกจากนี้การบริจาคไตยังเป็นเหตุการณ์ครั้งสำคัญในชีวิต ผู้บริจาคไตอาจมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตแตกต่างกัน ผู้บริจาคไตบางรายอาจประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นผลในทางที่ดี เช่น การบริจาคไตไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การบริจาคไตเป็นการช่วยชีวิตผู้อื่น ทำให้ตนเองมีคุณค่า รู้สึกดีใจที่ได้บริจาคและมีความสุข (Kamastra et al 1981 : 60-61 ; Smith et al 1986 : 223-233) และผู้บริจาคไตบางรายอาจประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นผลในทางที่ไม่ดี เช่น กลัวว่าการบริจาคไตจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตนเองจะมีชีวิตอยู่เป็นปกติสุขด้วยไตที่เหลือเพียงข้างเดียวได้หรือไม่ จะทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่ และช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ (สุชาติ พหลภาคย์ 2535 : 492)

อนึ่งการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตดังกล่าวข้างต้นอาจขึ้นอยู่กับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง รวมทั้งเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen & Wills 1985: 310-315 ; Lazarus & Folkman 1984 : 22-54,157-164) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดี มีความผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับนับถือ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Cohen & Wills 1985 : 310-315 ; Lazarus & Folkman 1984 : 194-203 ; Weiss 1974 cited in Lazarus 1981 : 385) ซึ่งมีผลต่อความผาสุก โดยความผาสุกเป็นสิ่งที่

ที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจของผู้บริจาคไต ในขณะที่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไตจะใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะสุขภาพกายของผู้บริจาคไต

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไตที่เหลือได้แก่ ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาคไตส่วนใหญ่มีระดับครีเอตินินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Anderson 1985 : 100-103 ; Dunn et al 1986 : 637-642 ; Miller 1984 : 201- 208) และยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดและระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังบริจาคไตไม่แตกต่างกัน (Najarian 1992 : 807-810) ส่วนระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้บริจาคไตกับพี่น้องของผู้บริจาคไตพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตระหว่างผู้บริจาคไตกับพี่น้องของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกัน (Najarian 1992 : 807-810) อย่างไรก็ตามผู้บริจาคไตอาจมีความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ของไตบกพร่องหรือไม่ยังไม่ทราบแน่ชัด มีบางรายงานพบว่า ร้อยละ 35 ถึงร้อยละ 39 ของผู้บริจาคไตมีระดับโปรตีนในปัสสาวะสูงขึ้น (Hakim 1984: 266-270 ; Miller 1984 : 266-270) และร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 48 ของผู้บริจาคไตมีความดันโลหิตสูง (Dunn et al 1986 : 637-642 ; Hakim 1984 : 266-270 ; Miller 1984 : 266-270 ; Talseth 1986 : 1072-1076)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการบริจาคไตที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต สำหรับสุขภาพกายทำการศึกษาจาก ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตของผู้บริจาคไตทั้งก่อนและหลังการบริจาคไต ตลอดจนศึกษาความผาสุกหลังการบริจาคไต รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเข้าใจถึงการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต รวมทั้งเป็นประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในกลุ่มผู้บริจาคไตต่อไป

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984) เป็นแนวทางสำหรับศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมนที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ได้แก่ 1) การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่ามีความเครียดหรือไม่ 2) แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 106-112) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อความผาสุกของตนเองและตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น ซึ่งการตัดสินภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการการประเมินตัดสิน

การประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) หมายถึง กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อความผาสุกของตนซึ่งจะกระทำตลอดเวลาที่บุคคลตื่นอยู่ การประเมินตัดสินแบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ 1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) 2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิเป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อความผาสุกของตนเอง โดยที่บุคคลประเมินตัดสินว่าตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ การประเมินชนิดปฐมภูมิแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าตนเองไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดีต่อความผาสุกของตนเอง เกิดขวัญและกำลังใจหรือมีความพึงพอใจ

ใจในชีวิต (Morale or life satisfaction) ดังนั้นบุคคลจึงไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 เป็นภาวะเครียด (Stressful) คือ การที่บุคคลมีการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm & Loss) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าเกิดการสูญเสียหรือเสียหายขึ้นกับตนเอง

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลอาจจะประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคามผสมผสานกัน

1.3.3 ทำทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ รุนแรงมากน้อยเพียงใด และเป็นความเครียดชนิดใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเหตุการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล

ปัจจัยด้านเหตุการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าความเจ็บป่วยเป็นอันตรายแก่ชีวิต บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย

2. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลไม่เคยพบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้น บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

3. ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะเครียด

ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่

1. ข้อผูกพัน ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลมาก บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะเครียด

2. ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้บุคคลอาจประเมินความเครียดเป็นลักษณะท้าทาย

3. สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่มีสถิติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง

นอกจากนี้บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงการประเมินตัดสินได้เรียกว่าการประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่และมีการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง โดยจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยอาจใช้แหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ในการเผชิญความเครียด เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง เกิดความรัก ความผูกพัน รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนมีกำลังใจ มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า (Lazarus & Folkman 1984: 164 ; Weiss cited in Lazarus 1981: 385) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman 1984 : 156-164) ช่วยส่งเสริมและดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและมีความผาสุกในจิตใจ (Cohen & Syme 1984: 6-7 ; Cohen & Wills 1985: 310-315)

แรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะมีความสำคัญกับบุคคลในภาวะเครียดแล้ว ยังมีความสำคัญกับบุคคลในภาวะปกติอีกด้วย กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า โดยอาจป้องกันความเครียด และทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดี เช่น มีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพตนเองบุคคลจึงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและมีความ

ผาสุกในจิตใจ (Tilden & Weinert 1987 : 614 ; Pender 1987 : 398 ; Cohen & Wills 1985 : 310-315)

ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 18) ได้ประเมินผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational outcomes) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) การทำหน้าที่ทางด้านสังคม มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 2) ชีวญและกำลังใจ มีความผาสุกในจิตใจหรือพึงพอใจในชีวิต 3) สุขภาพร่างกายที่ดี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดี ซึ่งคำนึงถึงทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ปราศจากความเจ็บป่วยหรือพิการใด ๆ (WHO 1974 cited in Simmons 1989 : 156) นอกจากนี้ โอเรม (Orem 1991 : 181) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งไม่เพียงจะหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความผาสุกในจิตใจด้วย ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้บริโภคใดจึงประกอบด้วย ภาวะสุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริโภคใด

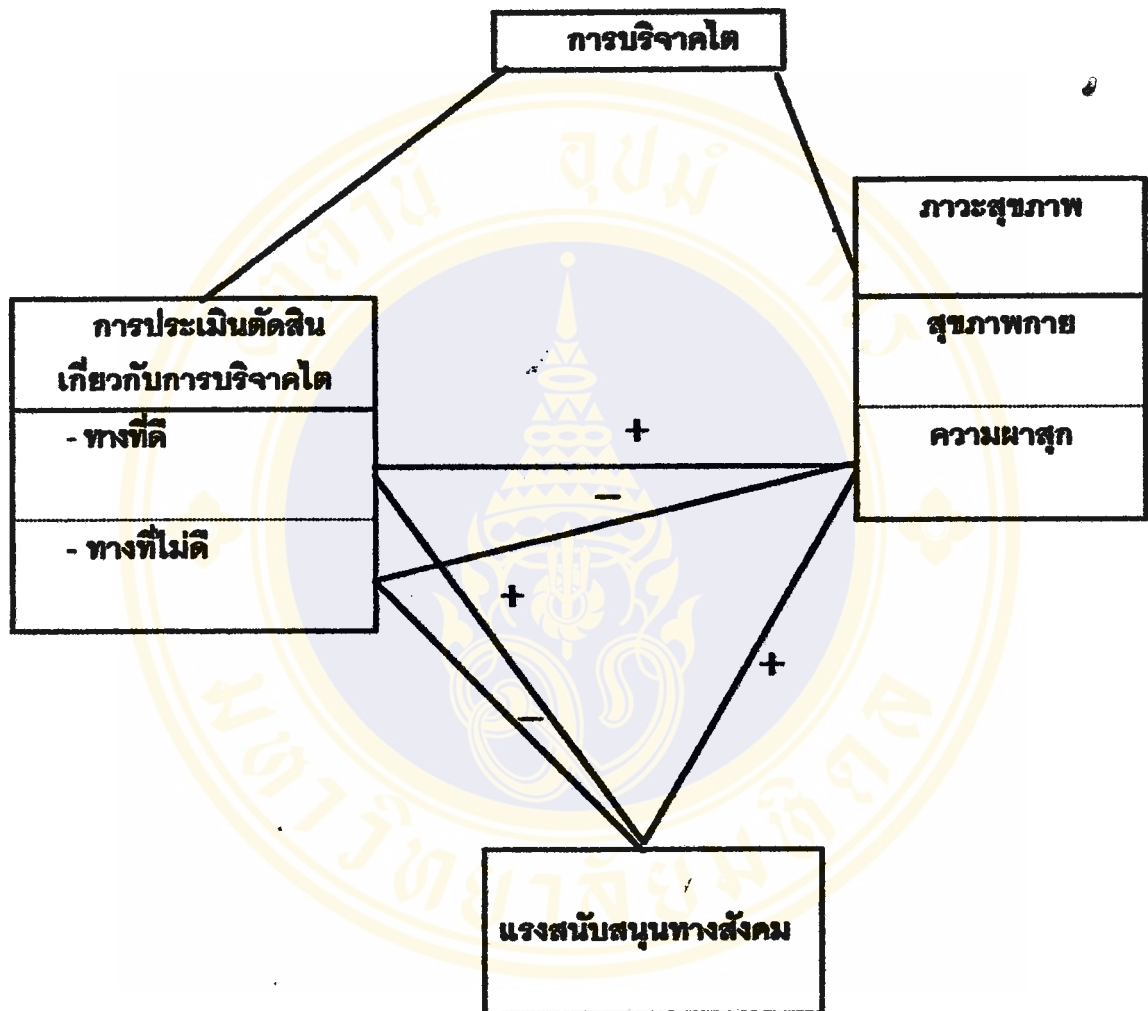
จากแนวคิดต่าง ๆ พอสรุปได้ว่าการประเมินตัดสิน แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน ถ้าบุคคลสามารถเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้บุคคลมีการประเมินตัดสินเหตุการณ์ไปในทางที่ดี ได้แก่การประเมินว่าเป็นผลดีหรือเป็นสิ่งที่ทำหายก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในรูปของความผาสุก ในขณะที่ถ้าบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย บุคคลมีโอกาประเมินตัดสินเหตุการณ์ไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ การประเมินว่าเป็นอันตราย สูญเสีย หรือคุกคามก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยไม่มี ความผาสุก

สำหรับผู้บริโภคใด การบริโภคใดเป็นเหตุการณ์ครั้งสำคัญในชีวิต ผู้บริโภคใดอาจประเมินตัดสินการบริโภคใดไปในทางที่ดีหรือไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งการประเมินตัดสินเหล่านี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในรูปของความผาสุก กล่าวคือ ผู้บริโภคใดประเมินตัดสินการบริโภคใดไปในทางที่ดี ได้แก่ การประเมินตัดสินว่าเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำหาย การประเมินตัดสินการบริโภคใดว่าเป็นผลในทางที่ดี เช่น มีความเชื่อว่าการบริโภคใดไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดีงาม

ก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลที่ตนรัก ส่วนการประเมินตัดสินการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำทนาย เช่น มีความเชื่อว่าแม้การบริจาคไตอาจเป็นอันตรายต่อตนเองแต่มีทางป้องกันหรือแก้ไขได้ ซึ่งการประเมินตัดสินการบริจาคไตทั้งเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำทนาย จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไตโดยทำให้ผู้บริจาคไตมีความสุข ส่วนการประเมินตัดสินการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคาม เช่น การบริจาคไตเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง เนื่องจากต้องสูญเสียไตซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไปข้างหนึ่ง รวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะมีสุขภาพเหมือนคนปกติหรือไม่ การประเมินตัดสินการบริจาคไตว่าเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคาม จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไตโดยทำให้ผู้บริจาคไตมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและไม่มีความสุข

อย่างไรก็ตามผู้บริจาคไตอาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการเผชิญปัญหา ทั้งนี้เพราะการบริจาคไตเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไต ครอบครัวของผู้รับไตและบุคคลในเครือข่ายของสังคม โดยมีโอกาสได้รับความใกล้ชิดผูกพัน ความช่วยเหลือต่าง ๆ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ว่าคุณค่า ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้ผู้บริจาคไตผู้บริจาคไตมีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ดี ช่วยบรรเทาความเครียดและส่งเสริมให้ผู้บริจาคไตมีความสุข ในทางกลับกันหากผู้บริจาคไตได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจทำให้ผู้บริจาคไตมีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดีและไม่มีความสุข

ภาวะสุขภาพที่ดีในผู้บริจาคไตนอกจากประเมินในรูปของความมีความสุขแล้ว ยังประเมินได้จากภาวะสุขภาพกายที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของไตที่เหลือ ดังนั้นจึงอาจสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำ
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคน้ำ
3. เพื่อศึกษาสุขภาพกายได้แก่ ระดับครีเอทีฟในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตของผู้บริจาคน้ำก่อนและหลังการบริจาคน้ำ
4. เพื่อศึกษาความผาสุกของผู้บริจาคน้ำ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำ แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้บริจาคน้ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับครีเอทีฟในเลือดก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
2. ระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
3. ระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
4. ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
 - 4.1 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
 - 4.2 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคน้ำของผู้บริจาคน้ำไม่แตกต่างกัน
5. การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคน้ำ
 - 5.1 การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคน้ำ
 - 5.2 การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคน้ำ
6. การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้บริจาคน้ำ

6.1 การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาคไต

6.2 การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้บริจาคไต

7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาคไต

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายความผาสุกของผู้บริจาคไต รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต ซึ่งผู้บริจาคไตเป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อบริจาคไตข้างหนึ่งและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 45 ราย ในวันอังคารหรือวันพฤหัสบดี ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2538

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นความรู้พื้นฐานที่จะช่วยให้เข้าใจถึงการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต
2. เพื่อเป็นแนวทางการจัดระบบการติดตาม หรือส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้บริจาคไต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพในกลุ่มผู้บริจาคไตและ / หรือผู้บริจาคอวัยวะอื่น ๆ ต่อไป

ข้อดกของเบื้องต้น

1. การบริจาคไตเป็นเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้บริจาคไต
2. การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ โดยผู้บริจาคไตเป็นผู้บอกความรู้สึกนึกคิดเหล่านั้น

นิยามตัวแปร

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและพิจารณาตัดสินใจ ความสำคัญของการบริจาคไตใน 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นภาวะคุกคาม 3) เป็นสิ่งที่ทำทนาย 4) เป็นผลดีกับตนเอง

วัดโดยแบบสอบถามการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman 1984) และจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคไต ผู้วิจัยได้รวมการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตเป็น 2 หมวด วัดเป็นคะแนน คือ การประเมินตัดสินใจการบริจาคไตไปในทางที่ดีและการประเมินตัดสินใจการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดี 1) การประเมินตัดสินใจไปในทางที่ดี ได้แก่ การประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายและเป็นผลดี คะแนนยิ่งมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ดีมาก 2) การประเมินตัดสินใจไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ การประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคาม คะแนนยิ่งมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดีมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้บริจาคไตต่อการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายในสังคม ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับคำแนะนำ การได้ข้อมูลและการช่วยเหลือทางวัตถุสิ่งของหรือบริการ 3) การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน 4) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5) การรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

วัดโดยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์บุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) ของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert 1981) คะแนนยิ่งมากแสดงว่าบุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมาก

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต

สุขภาพกาย หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกายที่ประเมินได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายโดยแพทย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งแสดงถึงการทำหน้าที่ของไตที่เหลือ

วัดโดยระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตของผู้บริจาคไต ซึ่งประเมินจากค่าปกติที่คลินิกเปลี่ยนไตโรงพยาบาลรามารับดีกำหนดไว้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้บริจาคไต

ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกผาสุกในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนภาวะสุขภาพทางใจของผู้บริจาคไต โดยประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป การควบคุมตนเอง และความมีชีวิตชีวา

วัดโดยแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไป (General Well-being) ของดูปาย (Dupuy 1977) คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้บริจาคไตมีความผาสุกมาก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมไว้ดังนี้ 1) ความเป็นมาและกระบวนการบริจาคไต 2) การประเมินตัดสินและการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต 3) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต 4) ภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสิน แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก

ความเป็นมาและกระบวนการบริจาคไต

การเปลี่ยนไตเป็นการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.2476 นายแพทย์โวโรนอย (Voronoy) ชาวรัสเซียได้ทำการเปลี่ยนไตโดยใช้ไตมนุษย์สำเร็จเป็นครั้งแรก แต่ไตที่เปลี่ยนนั้นคงสภาพได้เพียง 2 วัน (Evans 1993 : 26)

ต่อมา พ.ศ.2497 นายแพทย์เมอร์เรย์ (Murray) ได้เปลี่ยนไตโดยใช้ไตจากพี่น้องฝาแฝดสำเร็จเป็นครั้งแรก (Morris 1988 : 8-11) หลังจากนั้นได้มีผู้พยายามเปลี่ยนไตจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่พี่น้องกัน ขณะเดียวกันได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการผ่าตัด การตรวจความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อระหว่างผู้รับไตกับผู้บริจาคไต ตลอดจนการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ในปี พ.ศ.2524 ได้มีการค้นพบยากดภูมิคุ้มกันชื่อไซโคลสปอริน เอ (Cyclosporin A) ทำให้การเปลี่ยนอวัยวะประสบผลสำเร็จมากขึ้น (Flye 1989: 4-7) ปัจจุบันการเปลี่ยนไตเป็นวิธีการรักษาที่นิยมแพร่หลายทั่วโลกและยอมรับกันว่าเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ทวี ศิริวงศ์ 2535: 1) สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนไตครั้งแรกพ.ศ.2525 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนโรงพยาบาลรามารับดีมีการเปลี่ยนไตครั้งแรกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2529 ปัจจุบันมีผู้ได้รับการเปลี่ยนไต 237 คน (ไสภณ จิรสิริธรรม 2537 : 46-48) และผู้รับไตมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการเปลี่ยนไต (เหนุข บุญย้ง 2535 : 40-43) อย่างไรก็ตามปัจจัย

สำคัญที่เป็นปัญหาหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนไต ปัจจุบันนี้คือผู้บริจาคไต

ผู้บริจาคไตมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต คือผู้บริจาคไตที่มีสมองตาย และผู้บริจาคไตที่มีชีวิต คือผู้บริจาคไตที่เป็นญาติของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จากสถิติในปี ค.ศ.1984 ประเทศในทวีปยุโรปมีผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตร้อยละ 88 และผู้บริจาคไตที่มีชีวิตร้อยละ 12 ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตร้อยละ 68 และผู้บริจาคไตที่มีชีวิตร้อยละ 32 (Bay & Hebert 1988 : 278) สำหรับประเทศไทยโดยเฉพาะในโรงพยาบาลรามาธิบดี มีการเปลี่ยนไตครั้งแรกในพ.ศ. 2529 จนถึงปัจจุบัน มีผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต 173 คน คิดเป็นร้อยละ 73 และผู้บริจาคไตที่มีชีวิตทั้งหมด 64 คน คิดเป็นร้อยละ 27 (โสภณ จิรสิริธรรม 2535 : 46-48)

ไตที่ได้จากผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตกับไตที่ได้จากผู้บริจาคที่มีชีวิต ไตจากแหล่งไหนจะดีกว่ากัน จากการศึกษาผลของการเปลี่ยนไตในเรื่องอัตราคงสภาพของไตและอัตราการรอดของผู้รับไต ระหว่างผู้บริจาคไตที่มีชีวิตกับผู้บริจาคไตที่เสียชีวิตพบว่าในระยะเวลา 1 ปี อัตราคงสภาพของไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิตจะสูงกว่าผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต คือ ร้อยละ 81 และร้อยละ 71 ตามลำดับ ส่วนอัตราการรอดชีวิตของผู้รับไตจากผู้บริจาคไตที่มีชีวิตจะสูงกว่าผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต คือ ร้อยละ 96 และร้อยละ 91 ตามลำดับ (Task force on organ transplantation 1986 cited in Perryman & Stillerman 1990 : 185) นั่นคือไตที่ได้จากผู้บริจาคไตที่มีชีวิตย่อมดีกว่าผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต

สำหรับกระบวนการเปลี่ยนไตโดยได้ไตมาจากผู้บริจาคที่มีชีวิตนั้น เริ่มจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและครอบครัวจะปรึกษากันและกันและเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้บริจาคไตที่มีชีวิต ส่วนเจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทเพียงเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้บริจาคไตที่มีชีวิตควรมีคุณสมบัติดังนี้ (Devis 1989 : 823-835 ; Perryman & Stillerman 1990 : 185)

1. อายุระหว่าง 18 ปีถึง 60 ปี
2. ไม่มีความผิดปกติของไต
3. ไม่มีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ

เมื่อได้ผู้บริจาคไตซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนดังกล่าวแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการประเมินผู้บริจาคไตโดยละเอียดดังนี้ (ทวี ศิริวงศ์ 2535: 5-15 ; Devis 1989: 823-835)

1. ตรวจสอบว่าเป็นการบริจาคไตโดยสมัครใจ
2. ตรวจสอบสุขภาพทั่วไปโดย
 - 2.1 ชักประวัติและตรวจร่างกาย
 - 2.2 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
 - การตรวจปริมาณเม็ดเลือด (Complete Blood Count)
 - การตรวจการทำงานของไตแบ่งออกเป็น การตรวจการทำงานของไตจากเลือด เช่น ระดับครีเอตินีนในเลือด และระดับไนโตรเจนในเลือด และการตรวจการทำงานของไตจากปัสสาวะ เช่น ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และครีเอตินีน เคลียแรนซ์ (Creatinine clearance)
 - การตรวจการทำงานของตับ (Liver Function Test)
 - การตรวจเพื่อหาเชื้อเอดส์ (Human Immunodeficiency Virus) และเชื้อไวรัสตับ (Hepatitis)
 - การตรวจคลื่นหัวใจ (Electrocardiography) เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray)
 - 2.3 ตรวจด้านกายวิภาค ได้แก่ การฉีดสีเพื่อดูเส้นเลือดที่มาเลี้ยงไต (Renal Angiogram)
3. ตรวจสอบความเข้ากันได้ของเลือดและเนื้อเยื่อระหว่างผู้รับไตและผู้บริจาคไต โดยเปรียบเทียบหมู่เลือด ABO และเปรียบเทียบเนื้อเยื่อ Human Lymphocyte Antigen (HLA) และ Mixed Lymphocyte Culture (MLC)
4. ตรวจสอบสภาพจิตใจโดยจิตแพทย์เพื่อยืนยันการบริจาคไตอีกครั้ง เช่น การประเมินแรงจูงใจในการบริจาคไตอย่างแท้จริง รวมทั้งปฏิกิริยาต่าง ๆ หากการบริจาคไตล้มเหลวหรือผู้รับไตมีการสละไต (Rejection)

ภายหลังการผ่าตัดเพื่อบริจาคไต ตามปกติผู้บริจาคไตจะใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 5-7 วัน และใช้เวลาพักฟื้นประมาณ 6-8 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้บริจาคไตสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่ต้องจำกัดอาหารหรือน้ำดื่ม อย่างไรก็ตามภายหลังการบริจาคไต ผู้บริจาคไตควรได้รับการตรวจสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตใจเป็นระยะๆ สำหรับการตรวจสุขภาพทางกาย ผู้บริจาคไตควรได้รับการตรวจการทำงานของไตที่เหลือ โดยตรวจระดับความดันโลหิต (Devis 1989 : 855) ระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด และระดับโปรตีนในปัสสาวะ

การประเมินตัดสินและการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต

คำว่าประเมิน (Appraise) ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ นิวคอลลีเกท (Webster's New Collegiate Dictionary 1975: 55 cited in Janet et al 1993: 131-132) หมายถึง ตีราคา ประเมินค่า ให้ความสำคัญหรือสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Status) เพื่อที่จะตัดสินบางสิ่งว่ามีค่า หรือมีความสำคัญ

การประเมินตัดสิน (Cognitive Appraisal) ตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman 1986: 992,1984 : 23-38) หมายถึงกระบวนการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ๆ มีผลต่อความผาสุกของตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผ่านความรู้สึกนึกคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญ และให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นตลอดเวลาที่บุคคลตื่นอยู่

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินตัดสิน ผู้วิจัยได้กล่าวโดยละเอียดในกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแล้ว ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมต่อไปนี้จึงเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการประเมินตัดสินตามแนวคิดเชิงทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 33-35) ได้ทำการศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเครียดในเด็กนักเรียนก่อนสอบ 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 94 ของเด็กนักเรียนมีการประเมินตัดสินว่าการสอบเป็นภาวะคุกคาม มีอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล รวมทั้งมีการประเมินตัดสินว่าการสอบเป็นสิ่งที่ทำทนาย มีอารมณ์ เช่น มีความหวัง มีความกระตือรือร้น และมีความเชื่อมั่น พากาน่า (Pagana 1988 : 418-424) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เริ่มฝึกปฏิบัติงานพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลจำนวน 246 คน โดยแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 2 ลักษณะคือ 1) ภาวะคุกคาม 2) เป็นสิ่งที่ทำทนาย ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เริ่มฝึกปฏิบัติงานพยาบาลว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายมากกว่าเป็นภาวะคุกคาม

แคร์รี่และคณะ (Carey et al 1991: 1341-1347) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและภาระการดูแลของครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 คน โดยวัดการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็น 5 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นภาวะคุกคาม 3) เป็นสิ่งที่ทำทนาย 4) เป็นผลดี 5) ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายเป็นผลดีหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือเป็นภาวะคุกคาม และพบอีกว่าการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคามมีความสัมพันธ์กันสูง

โอเบิร์ตและคณะ (Oberst et al 1989: 209-215) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการประเมินตัดสินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน โดยแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 4 ลักษณะคือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นภาวะคุกคาม 3) เป็นสิ่งที่ทำทนาย 4) เป็นผลดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำทนายมากกว่าเป็นภาวะอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีสุขภาพฟันดี มีการศึกษาน้อยและมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม ส่วนผู้ดูแลที่อายุมากจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายหรือเป็นผลดี

แคมเมอร์ (Kammer 1994 : 89-98) ได้ศึกษาการประเมินความเครียดและการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาล จำนวน 100 คนโดยแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 4 ลักษณะคือ 1) เป็นภาวะคุกคาม 2) เป็นสิ่งที่ทำทนาย 3) เป็นอันตราย 4) เป็นประโยชน์หรือเป็นผลดี ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีการประเมินตัดสินว่าเป็นภาวะคุกคามกับเป็นอันตรายมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และการประเมินตัดสินว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายกับเป็นประโยชน์มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงเช่นเดียวกันและยังพบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประเมินตัดสินว่าเป็นภาวะคุกคาม

กล่าวโดยสรุปบุคคลจะมีการประเมินตัดสินแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเหตุการณ์และปัจจัยด้านบุคคล บุคคลจะมีการประเมินตัดสินเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นภาวะคุกคาม 3) เป็นสิ่งที่ทำทนาย 4) เป็นผลดี ซึ่งการประเมินตัดสิน

ทั้ง 4 ลักษณะนี้สามารถจัดรวมได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ประเมินตัดสินในทางที่ดี ประกอบด้วย การประเมินตัดสินว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลดี ส่วนกลุ่มที่ประเมินตัดสินในทางที่ไม่ดี ประกอบด้วย การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคาม

สำหรับการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในผู้บริจาคไตยังไม่มีผู้ศึกษา อย่างไรก็ตามหากพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำหาย และกลุ่มที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายหรือสูญเสีย และเป็นภาวะคุกคาม

การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นผลดี ได้แก่ ความเชื่อว่าการบริจาคไตเป็นสิ่งที่ดีงามก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลที่ตนรัก ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนาเชื่อว่า การบริจาคอวัยวะเป็นการบำเพ็ญกุศลที่เรียกว่าอุปัชฌายาทาน ก่อให้เกิดผลบุญแก่ผู้บริจาค (โสภณ จิริสิริธรรม 2537: 46-47) ดังนั้นการที่บุคคลได้บริจาคไตแก่ผู้อื่น อาจเกิดจากความเชื่อว่าการบำเพ็ญกุศลนี้ก่อให้เกิดผลบุญแก่ตนเอง

ผู้บริจาคไตอาจประเมินการบริจาคไตว่าเป็นผลดี คือการบริจาคไตไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษานี้ของสมิทส์และคณะ (Smith et al 1986 : 223-233) ในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริจาคไตของผู้บริจาคไตในศูนย์เปลี่ยนไตประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 563 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 92.4 มีความเชื่อว่าการบริจาคไตไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง ในขณะที่ร้อยละ 71.2 ของผู้บริจาคไตรู้สึกว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเหมือนก่อนบริจาคไต รวมทั้งร้อยละ 91.5 ยืนยันว่าหากย้อนเวลาได้ยังคงตัดสินใจจะบริจาคไตเหมือนเดิม

นอกจากนี้เมื่อผู้บริจาคไตตัดสินใจบริจาคโดยไม่หวังผลตอบแทนและบริจาคโดยเห็นแก่ผลประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง (Altruistic) โดยมีความรู้สึกว่าการบริจาคไตนั้นเป็นการช่วยชีวิต ผู้บริจาคไตย่อมมีความสุขและมีความภูมิใจ (สุชาติ พหลภาคย์ 2535: 87-96) ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนโดยไม่หวังผลตอบแทน (Gift Exchange Theory) ของแมส (Mass 1993 cited in Sque 1994 : 46) เกี่ยวกับพันธะที่ให้ พันธะที่รับและพันธะที่ต้องทดแทน พันธะทั้งสามต่างมีความสมดุลกัน แมสกล่าวว่า การให้ร่างกายบางส่วนของตนเองหรือจิตวิญญาณของ

ตนแก่ผู้อื่น การให้ดังกล่าวจะสร้างความผูกพันระหว่างผู้ให้และผู้รับ สำหรับผู้รับย่อมได้รับแรงกดดันทางสังคมและศีลธรรมจรรยาที่ต้องตอบแทนแก่ผู้ให้อย่างเท่าเทียมกัน ผลที่ตามมาภายหลังการบริจาคไต คือผู้บริจาคไตมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดกับผู้รับไตมากขึ้น (Smith et al 1986 : 223-233 ; Gouge et al 1990 : 2409-2413) รู้สึกดีใจที่ได้บริจาคไต (Gouge et al 1990: 2409-2413) รู้สึกตนเองมีคุณค่าและเกิดความผาสุก (Simmons & Anderson 1981: 9-12 ; Younger 1992 :162 ; Kamstra et al 1981: 60-61)

สำหรับการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นสิ่งที่ทำหาย ได้แก่ ความเชื่อว่าแม้การบริจาคไตอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง แต่ผู้บริจาคไตยังคงให้ความสนใจต่อสุขภาพของตนเองและได้ติดตามผลการตรวจสุขภาพกับแพทย์เป็นประจำ (ทวี ศิริวงศ์ 2535 : 141)

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคาม ได้แก่ ความรู้สึกว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากต้องสูญเสียไตไปข้างหนึ่ง ดังการศึกษาของสมิทและคณะ (Smith et al 1986 : 223-233) พบว่า ผู้บริจาคไตร้อยละ 7.4 มีความเชื่อว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเกิดความรู้สึกเศร้าเสียใจที่บริจาคไต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคมพ์ (Kemp 1970 cited in Rodin & Abbey 1992: 157) พบว่า ผู้บริจาคไตมีภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัด เนื่องจาก การสูญเสียอวัยวะบางส่วนในร่างกาย และไม่ได้รับความสนใจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพซึ่งให้ความสนใจแต่ผู้รับไต รวมทั้งผู้บริจาคไตอาจเกิดความวิตกกังวลจากการบริจาคไต จากการศึกษาของซิมมอนส์ (Simmons 1977 cited in Smith 1986 : 230-231) ในผู้บริจาคไตจำนวน 111 คน พบว่าผู้บริจาคไต 1 ใน 3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดความวิตกกังวลว่าไตที่เหลือจะทำงานได้เต็มที่เหมือนเดิมหรือไม่ จะช่วยเหลือตนเองหรือทำงานได้เหมือนเดิมหรือไม่ (สุชาติ พหลภาคย์ 2535 : 87-96)

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในผู้บริจาคไตอาจมีความแตกต่างกัน โดยมี การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีและไม่ดี การประเมินตัดสินใจดังกล่าวอาจมีผลต่อความผาสุกได้ ซึ่งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา มีผู้ให้ความสนใจอย่างมากมายหลายสาขา เช่น นักมนุษยวิทยา จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาล เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Caplan 1974: 7; Cassel 1976: 109; Cobb 1976: 300-314) เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลนั้นประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลงสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี (Lazarus & Folkman 1984 :156-164) ส่งเสริมให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลคลายความทุกข์โศกและมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพใจและความผาสุก (Lazarus et al 1980 cited in Schaefer et al 1981:386) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของชีวิตมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกันมีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีความรู้สึกมั่นคงรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม อันจะทำให้ชีวิตมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529: 4)

แม้ว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมากแต่มีผู้ให้ความสนใจทั้งมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปดังนี้

ไวสส์(Weiss 1974 cited in Shaefer al 1981 : 385) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงไว้ซึ่งความผาสุกในจิตใจ ประกอบด้วยความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้เลี้ยงดูและช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และการได้รับคำชื่นชม

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300-301) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลซึ่งทำให้ตนรู้สึกว่ามิบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แคปแลน(Caplan 1977 : 50-51) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ทำให้บุคคลนั้นมีความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของแต่ละคนซึ่งได้แก่ การได้รับความนับถือ การยอมรับ การ

ได้รับความปลอดภัย ได้รับความเห็นใจและได้รับการตอบสนองความต้องการ ซึ่งความต้องการนั้นเป็นความต้องการที่มีอยู่หรือขาดหายไป

คาห์นและแอนโทนูชชี (Kahn & Antonucci 1981 cited in Brown 1986 : 5) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อบุคคลอื่น การยอมรับและเห็นพ้องกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การรับรู้หรือแสดงออกถึงความรักใคร่ผูกพันและการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของแก่บุคคลอื่น

เฮาส์ (House 1981 cited in Brown 1986 : 5) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย ความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุสิ่งของ แรงงาน เวลา และข้อมูล

ทอยท์ส (Thoits 1982 : 147-148) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม ข่าวสารหรือสิ่งของ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยด้วยเวลาที่เร็วขึ้น

ฮับบาร์ด มูห์เลนแคมป์และบราวน์ (Hubbard , Muhlenkamp & Brown 1984 : 266) ได้สรุปว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีโครงสร้างหลายมิติประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนกัน

ชูเมกเกอร์และบราวเนลล์ (Shumaker & Brownell 1984 cited in Callaghan & Morrissey 1993 : 203) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความผาสุก

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่ายของสังคมที่มีจุดมุ่งหมาย มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์หรือช่วยเหลือกันในด้านต่าง เช่น การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือเงินทอง การช่วยเหลือดังกล่าวทำให้

บุคคลมีความรู้สึกที่ดี รับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเกิดความรัก ความผูกพัน เกิดการยอมรับนับถือ ทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีความรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสุข

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยหลายท่านได้แนะแนวทางในการศึกษาไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ชนิดและหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องพิจารณาถึงโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นรูปธรรมที่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลในกลุ่มที่มีโอกาสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Dimond & Jones 1983 cited in Gibson 1991: 147-152) เช่น ขนาดของกลุ่มสังคม ซึ่งหมายถึงจำนวนคนในกลุ่มสังคมที่มีการติดต่อสัมพันธ์กัน ความหนาแน่น ความบ่อยในการติดต่อกัน ความมั่นคงของกลุ่ม ความคล้ายคลึงกันในกลุ่มและระดับของความใกล้ชิดผูกพัน (Dimond & Jones 1983 cited in Gibson 1991: 147-152 ; Khan & Antonucci 1980 cited in Tilden : 200) บุคคลทุกคนในสังคมไม่ได้เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด บุคคลที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมได้นั้นจะเป็นกลุ่มย่อยของคนในสังคมทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ว่าจะให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Thoits 1982: 148)

แคปแลน (Caplan 1974: 47) ได้แบ่งกลุ่มที่เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติประกอบด้วยบุคคลในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่าตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก และอีกประเภทหนึ่งได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อน
2. องค์การและสมาคมที่ให้การสนับสนุน เช่น สมาคม ชมรมต่าง ๆ ที่ไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มวิชาชีพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์การทางศาสนา
3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล

แมคเอลวีน (Mac - Elveen 1979: 321-327) แบ่งกลุ่มที่เป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิดและสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีเวลาติดต่อสัมพันธ์กันบ่อย
2. กลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อด้วยเหตุผลส่วนตัว มีความสนใจและค่านิยมที่เหมือนกัน มีระดับการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

โดยทั่วไปแล้วครอบครัวเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน (Brown 1986 : 4-9) จากการศึกษาแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า สามีและมารดาเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด (ศรีสมร ภูมณสกุล 2535: 64 ; กาญจนา บุญทับ 2534: 53) แต่จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า บุตรเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค 2535: 53) จะเห็นได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านโครงสร้างของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน เช่น ระดับของความใกล้ชิดผูกพันระยะเวลาที่รู้จักกันความถี่ในการติดต่อกัน หากบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้นและรู้จักกันมานานมีเวลาติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยจะส่งผลให้เกิดความมั่นคงของกลุ่มสังคมมากซึ่งจะเป็นตัวกำหนดชนิดและหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม

ชนิดและหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้แบ่งชนิดและหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

ไวสส์ (Weiss 1974: 17-26, Weiss 1974 cited in Brandt & Winert 1987: 273) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. ความใกล้ชิดผูกพัน (Attachment) ความใกล้ชิดผูกพันทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงาเดียวดาย
2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) การที่บุคคลเข้ามีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีการแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังทรัพย์และกำลังบุคคล เกิดความห่วงใยและความเข้าใจต่อกัน ทำให้ตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3.การได้มีโอกาสช่วยเหลือหรือเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากบุคคลไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ

4. การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า (Reassurance of worth) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถทำได้ตามบทบาทของตน (Social role) ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข่าวสารข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300-301) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นได้รับ ความรัก ความจริงใจ ความไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

2.การสนับสนุนด้านความรู้สึกมีคุณค่า(Esteem support) เป็นข้อมูลที่บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าและบุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย

3.การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แคปแลน (Caplan 1974: 39-42) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจเป็นรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือด้านร่างกายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ให้โดยตรงต่อบุคคลได้แก่การให้วัตถุ การช่วยเหลือด้านการเงิน การรักษา

2. การสนับสนุนที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นในจิตใจ

คาร์ห์นและแอนโทนูชชี (Kahn & Antonucci 1980 cited in Tilden & 1985: 200) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์และความคิด (Affection)

2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation)
3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือเงินทอง หรือสิ่งอื่น (Aid)

เฮาส์ (House 1981 cited in Tilden 1985: 201) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) มีการดูแลเอาใจใส่ มีความรัก ยอมรับและเห็นคุณค่า
2. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม (Appraisal support) มีการรับรองยืนยัน มีการตอบสนองทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information) เป็นการได้รับคำแนะนำและข้อมูลทำให้สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support)

เชฟเฟอร์ (Schaefer et al 1981 : 385-386) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น ให้ความผูกพันใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เช่น ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองและบริการ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เช่น ให้ความคำแนะนำในการแก้ปัญหา ซึ่งสามารถนำไปแก้ไขปรับปรุงในด้านสุขภาพอนามัยได้

กล่าวโดยสรุป ชนิดและหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมีลักษณะที่คล้ายกันและแตกต่างกัน แต่สิ่งที่ทุกท่านให้ความสำคัญเหมือนกันคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับความรัก ความผูกพัน เป็นที่ยอมรับและทำให้บุคคลมีคุณค่า นอกจากนั้นนักวิจัยบางท่านยังได้รวมการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของไว้ด้วย ซึ่งเป็นความช่วยเหลือโดยตรงที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ โดยการช่วยเหลือนี้จะแสดงให้เห็นการได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ และสังคมของบุคคลด้วยเพราะการได้รับการช่วยเหลือย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ให้ทราบว่ามีคนสนใจและห่วงใยในบุคคลนั้น

เมื่อพิจารณาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต การบริจาคไตถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไต และบุคคลในเครือข่ายของสังคม ซึ่งการบริจาคไตถือเป็นการกระทำโดยตั้งใจและมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือชีวิตของผู้รับไตที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อีกทั้งยังช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในทางอ้อม หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้บริจาคไต นอกจากจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งถือเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนที่สำคัญแล้ว ผู้บริจาคไตจะได้รับแรงสนับสนุนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งคือ ผู้รับไต โดยมีการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน ผู้บริจาคไตจะได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้รับความรัก ความผูกพันใกล้ชิดจากผู้รับไต (Smith et al 1986 : 223-333 ; Gouge 1990 : 2409-2413) ผู้บริจาคไตรู้สึกว่าคุณค่า (Fellner 1979 cited in Gouge et al 1990 : 2409-2413 ; Kamastra et al 1981 : 60-61) นอกจากนี้ผู้บริจาคไตอาจได้รับความช่วยเหลือในด้านการเงินหากมีปัญหาเกิดขึ้น โดยได้รับความช่วยเหลือจากผู้รับไต ครอบครัว รวมทั้งองค์กรในชุมชนหรือองค์กรทางศาสนา (Smith et al 1986: 223-333)

ภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต

ภาวะสุขภาพ แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีองค์ประกอบหลายมิติ ซึ่งมีนักวิจัยได้พัฒนารูปแบบ หรือลักษณะเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพไว้มากมาย เพื่อให้เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพชัดเจนขึ้น สมิทธีได้สรุปว่ารูปแบบหรือลักษณะ 4 กลุ่มคือ (Smith 1981: 43-50)

1. อาการทางคลินิก (The Clinical Model) เป็นแนวความคิดที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในวงการแพทย์ โดยมีแนวความคิดว่าสุขภาพ เป็นภาวะที่ปราศจากโรค ไม่ปรากฏอาการหรืออาการแสดงของโรค จึงมีความพยายามที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลสุขภาพที่เกิดขึ้น นั่นหมายความว่า การที่บุคคลมีสุขภาพดี คือการหายจากโรค หรือสามารถคุมโรคได้ (Maslow 1981 cited in Simmons 1989 : 156)

2. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (The Role performance Model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนในชีวิต ดังนั้นความหมายของสุขภาพคือ ภาวะที่บุคคลนั้นมีศักยภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนอย่างมีประสิทธิภาพ (Parson 1981 cited in Simmons 1989 : 156-157) ซึ่งสอดคล้องกับแนว

ความคิดของโอเรม (Orem 1991: 181) ที่กล่าวว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึงภาวะที่มีความสุขสมบูรณ์ (Being Whole and Sound) ซึ่งไม่เพียงจะหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความผาสุกในจิตใจและวิญญาณด้วย

3. การปรับตัว (The Adaptive Model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพเป็นภาวะซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยพัฒนาจากแนวคิดของดูโบส (Dubos 1978) เกี่ยวกับสุขภาพและโรคว่าเป็นประสบการณ์ของความสำเริงและความล้มเหลวของอวัยวะต่างๆใน ความพยายามที่จะปรับตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy 1984: 19) ที่ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ซึ่งกระบวนการปรับตัวจะส่งเสริมความเป็นบุคคลโดยรวม นอกจากนี้ตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 181) ได้ให้แนวคิดว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจากการประเมินตัดสินใจและการเผชิญ ปัญหา

4. ความเป็นปกติสุข (The Eudaimonistic Model) รูปแบบนี้ได้มองสุขภาพว่า เป็นสภาพที่ต้องบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริงหรือการตระหนักถึงศักยภาพของบุคคล รูปแบบของภาวะสุขภาพนี้เป็นความปรารถนาสูงสุดของบุคคล เช่น การบรรลุถึงความต้องการอย่างแท้จริง (Actualization) และความผาสุก (Well being) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของสุขภาพขององค์การอนามัยโลกว่า เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคมความเป็นอยู่ ปราศจากความเจ็บป่วยและพิการใด ๆ (WHO 1974 cited in Simmons 1989 : 156)

สำหรับภาวะสุขภาพของผู้บริจาไต อาจมองภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดีภายหลังการบริจาไต โดยคำนึงถึงสุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาไต

สุขภาพกายของผู้บริจาไต

ก่อนการบริจาไตผู้บริจาไตจำเป็นต้องได้รับการตรวจสุขภาพอย่างละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้บริจาไตมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์พร้อมที่จะบริจาไต ส่วนภายหลัง

บริจาคไตผู้บริจาคไตมีสุขภาพดีเหมือนก่อนการบริจาคหรือไม่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ผู้บริจาคไตจึงควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ดังนั้นการศึกษาสุขภาพกายของผู้บริจาคไตจึงอาจประเมินได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยแพทย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไต ได้แก่ ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังการบริจาคไต

ระดับครีเอตินินในเลือด เป็นตัวบ่งบอกหน้าที่การทำงานของไต เนื่องจากครีเอตินินเป็นของเสียจากการเผาผลาญกล้ามเนื้อ ซึ่งมีการขับออกทางไตอย่างคงที่ ระดับครีเอตินินในเลือดจึงเป็นผลกระทบโดยตรงจากผลการการทำงานของไต ค่าปกติของผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 0.8-1.2 มก./ดล. ส่วนในเด็กอยู่ระหว่าง 0.4-0.8 มก./ดล. (Smith 1992: 57) สำหรับผู้บริจาคไตซึ่งมีการทำงานของไตเหลือเพียงข้างเดียว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการบริจาคไตผู้บริจาคไตมีระดับครีเอตินินในเลือดสูงกว่าก่อนการบริจาคไต ดันน์และคณะ (Dunn et al 1986 : 640) มิลเลอร์และคณะ (Miller et al 1985 : 201-208) แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al 1985: 100-103) ฮาคิมและคณะ (Hakim et al 1984: 930-934) และวินเซนไทและคณะ (Vincenti et al 1983 : 626-629) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 71 คน ,46 คน, 100 คน, 52 คนและ 20 คนตามลำดับ โดยมีระยะเวลาหลังบริจาคเฉลี่ย 5.2 ปี, 6 ปี, 12.6 ปี, 12.9 ปี และ 15.8 ปี ตามลำดับ พบว่า ผู้บริจาคไตดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไตและมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามนาจาเรียน (Najarian 1992: 807-810) ได้ทำการศึกษาในผู้บริจาคไตจำนวน 57 คน โดยมีระยะเฉลี่ยหลังบริจาคไต 23 ปี พบว่า ผู้บริจาคไตมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แม้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต แต่ค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดดังกล่าวยังอยู่ในระดับปกติ คือ อยู่ระหว่าง 1.1-1.2 มก./ดล. (Anderson et al 1985 : 100-103 ; Dunn et al 1986 : 640 ; Miller 1985 et al: 201-208 ; Najarian 1992 : 807-810 ; Vincenti et al 1983 : 626-629) มีเพียงบางการศึกษาที่พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าปกติเล็กน้อย เช่นการศึกษาของสมิทและคณะ (Smith et al 1985: 143) ในผู้บริจาคไตจำนวน 40 คน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยหลังการบริจาคไต 11.8 ปี พบว่า ผู้บริจาคไตมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือด 1.29 มก./ ดล.

ระดับไนโตรเจนในเลือด ยูเรียเกิดจากการเผาผลาญของโปรตีน และถูกขับออกทางไต การตรวจสอบระดับไนโตรเจนในเลือด เป็นการวัดค่าไนโตรเจนในยูเรียซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการกรอง การผลิต ตลอดจนการขับถ่ายยูเรียออกทางไตในภาวะที่มีการทำลายของสารโปรตีนอย่างรวดเร็วและการเสื่อมหน้าที่ของไตจะพบว่าระดับไนโตรเจนในเลือดจะสูงขึ้นอย่างชัดเจนและเป็นอัตราส่วนที่แปรตามปริมาณการทำลายเนื้อเยื่อ (Tissue necrosis) กับการเผาผลาญโปรตีนด้วย ค่าปกติของไนโตรเจนในเลือด 5-20 มก./ดล. อย่างไรก็ตามการประเมินการทำงานของไตจากระดับไนโตรเจนในเลือดนี้อาจไม่แน่นอน เนื่องจากได้รับอาหารประเภทโปรตีนมากเกินไปหรือขาดน้ำ (Dehydration) (Smith 1992 : 57-58) สำหรับผู้บริจาคไต จากการศึกษาพบว่า หลังการบริจาคไตผู้บริจาคไตมีระดับไนโตรเจนในเลือดปกติ นานาเจเรียนและคณะ (Najarian et al 1992 : 807-810) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 57 คน ระยะเวลาเฉลี่ย 23 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี พบว่าผู้บริจาคไตมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดอยู่ในระดับปกติ และมีระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตไม่แตกต่างกัน

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ โดยปกติจะไม่พบโปรตีนในปัสสาวะเพราะโปรตีนส่วนมากเป็นอัลบูมินมีขนาดใหญ่ จึงไม่สามารถผ่านช่องต่อของโกลเมอรูลัส (Glomeruli) ออกมาได้ แต่ในภาวะที่มีการอักเสบหรือมีความผิดปกติของโกลเมอรูลัส จะมีโปรตีนผ่านออกมาในปัสสาวะ หากพบโปรตีนในปัสสาวะจะมีผลเป็น Trace ถึง +4 แสดงว่า อาจมีพยาธิสภาพที่ไต หากพบอาการผิดปกติดังกล่าว อาจตรวจปัสสาวะ 24 ชม.เพื่อหาโปรตีนซ้ำอีกครั้งให้ หากพบโปรตีนออกมาในปัสสาวะใน 24 ชม.มีค่ามากกว่า 180 มก./ดล.แสดงว่าน่าจะมีปัญหาจากไต (วันดี เศรษฐมัลย์ 2532 : 420-429)

สำหรับผู้บริจาคไตซึ่งมีไตเหลือเพียงข้างเดียว เมื่อพิจารณาทฤษฎีการกรอง (Infiltration) ของเบรเนอร์ (Brenner 1983: 647-655) ได้ศึกษาในหนูทดลองโดยตัดไตออก 5/6 ส่วน พบว่าเมื่อจำนวนหน่วยไตลดลง ไตที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น (Hypertrophy) เกิดหลอดเลือดของไตแข็งตัว (Glomerulosclerosis) ทำให้เกิดแรงดันในโกลเมอรูลาร์เพิ่มขึ้น (Glomerular hypertension) การทำงานของไตเสื่อมลงและมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinurea) ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาในผู้บริจาคไตพบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะ ดังเช่น ฮาคิมและคณะ (Hakim et al 1984: 266-270) มิลเลอร์ (Miller 1984: 201-208) ดันน์และคณะ (Dunn et al 1986: 637-642) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 52 คน 16 คนและ 314 คนตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย

12.9 ปี 6 ปีและ 5.2 ปีตามลำดับ พบว่ามีการเกิดภาวะโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตถึงร้อยละ 35 ร้อยละ 39 และร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ส่วนทอลล์เชิร์ทและคณะ (Talseth et al 1986: 1072-1076) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตจำนวน 74 คน มีระยะเวลานาน 9-15 ปี พบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะร้อยละ 38 และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตจำนวน 32 คนกับคนปกติจำนวน 32 คนพบว่าผู้ป่วยโรคไตมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม นานาจาเรียนและคณะ (Najarian et al 1992:807-810) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตจำนวน 52 คนและกลุ่มพี่น้องของผู้ป่วยโรคไต (Sibling) จำนวน 45 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตและกลุ่มพี่น้องของผู้ป่วยโรคไตมีโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 23 และร้อยละ 22 ตามลำดับ

ระดับความดันโลหิต ไตมีหน้าที่ควบคุมความดันโลหิตโดยมีการปรับสมดุลจากโซเดียมและน้ำและการสร้างฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต โดยผ่านระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin-system) (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 132) จากการสำรวจผู้ใหญ่ที่มีไตปกติพบว่ามีความดันโลหิตในชาย $122 \pm 12 / 73 \pm 12$ มม.ปรอท และในหญิง $115 \pm 12 / 69 \pm 11$ มม.ปรอท ซึ่งใกล้เคียงกับค่าความดันโลหิตขององค์การอนามัยโลก คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาความดันโลหิตสูง (2533) จึงได้ตกลงใช้ค่าจำกัดความขององค์การอนามัยโลกเป็นมาตรฐาน โดยกำหนดให้มีระดับความดันโลหิตปกติเมื่อวัดได้ 140 / 90 มม.ปรอทหรือต่ำกว่า ระดับความดันโลหิตก้ำกึ่งเมื่อวัดได้ 140 / 90 - 160 / 90 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตสูงเมื่อวัดได้สูงกว่า 160 / 96 มม.ปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 129)

การศึกษาในผู้ป่วยโรคไตพบว่า ผู้ป่วยโรคไตมีความดันโลหิตทั้งในระดับปกติและสูงกว่าปกติ ดันน์และคณะ (Dunn et al 1986 : 637-642) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตจำนวน 137 คน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.2 ปี พบว่า ผู้ป่วยโรคไตมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อเปรียบเทียบกับอายุ นานาจาเรียน (Najarian 1992:807-810) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตจำนวน 63 คน พบว่า มีการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตไม่แตกต่างจากกลุ่มพี่น้องของผู้ป่วยโรคไต โดยร้อยละ 32 ของผู้ป่วยโรคไตและร้อยละ 44 ของกลุ่มพี่น้องของผู้ป่วยโรคไตได้รับยารักษาความดันโลหิต นอกจากนี้พบว่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคไตก่อนและหลังการบริจาศไตไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคไตก่อนการบริจาศไตมีระดับต่ำกว่าหลังการบริจาศไตอย่างมีนัยสำคัญ

มิลเลอร์และคณะ (Miller et al 1984: 201-208) และฮาซิมและคณะ (Hakim et al 1984: 266-270) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 46 คนและ 52 คนตามลำดับ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6 ปีและ 12.9 ปี ตามลำดับ พบว่าผู้บริจาคไตมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท ร้อยละ 31 และร้อยละ 48 ตามลำดับ

จากวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามีหลายรายงานที่พบผู้บริจาคไตส่วนใหญ่มีสุขภาพกายที่ประเมินจากระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้บริจาคไตมีระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการบริจาคไตไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการรวบรวมรายงานต่างๆเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้บริจาคไตโดยเบรเนอร์และคณะ (Brenner et al 1985 : 365) ได้สรุปให้เห็นว่าผู้บริจาคไตส่วนใหญ่สามารถคาดหวังได้ว่าไตที่เหลือเพียงข้างเดียวจะมีความทำงานเป็นปกติมากกว่า 30 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีบางรายงานที่พบว่า ผู้บริจาคไตมีระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกัน ซึ่งผลดังกล่าวยังไม่มีผู้ที่สามารถสรุปยืนยันได้ว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่เหลือไตเพียงข้างเดียว

ความผาสุกของผู้บริจาคไต

ความผาสุก เดียนเนอร์ (Diener 1984:543-544) ได้พบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความผาสุก (Subjective well-being) โดยมีนักปรัชญาและนักสังคมศาสตร์ได้ให้ความหมายของความผาสุกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. ความผาสุกเป็นความหมายในเชิงนามธรรมเช่นความดีงาม ความบริสุทธิ์ในชีวิตซึ่งเป็นความสุขในอุดมคติ
2. ความผาสุก หมายถึงความพึงพอใจในชีวิต โดยตระหนักถึงการกำหนดมาตรฐานทางชีวิตที่ดี ซึ่งชินและจอห์นสัน (Shin & Johnson 1978 cited in Diener 1984 : 533) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลตามที่เขาเลือก ไม่ใช่ความผาสุกที่เกิดขึ้นจริงแต่เป็นความพึงพอใจในความคิดของบุคคล
3. ความผาสุกเป็นประสบการณ์ของอารมณ์ของความยินดี ความพึงพอใจที่เกิดขึ้น



ในชีวิตแต่ละวันของคุณ จากความหมายนี้ได้มีผู้ให้ความหมายในแนวทางที่สอดคล้องกันดังนี้

แคมป์เบลล์ (Campbell 1976 : 119-122) ได้กล่าวว่าความผาสุกของคุณหมายถึงประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่คุณต้องการหรือปรารถนาอยากให้เป็นอาจมองในแง่ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจก็ได้หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องชี้ว่ามีความผาสุกมากด้วย

เดอร์กสัน (Dirkson 1990 : 629-643) ได้ให้ความหมายความผาสุกว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในมุมมองของชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลมีความพึงพอใจต่อความผาสุกที่ตนมีแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและในปัจจุบัน

โอเร็ม (Orem 1991 : 184) ให้ความหมายความผาสุกว่าเป็นความรู้สึกและการรับรู้ของคุณต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความยินดีและความผาสุกในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ความผาสุกเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความพยายามของคุณและการมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอคุณสามารถมีความผาสุกได้แม้จะมีอุปสรรค

แบรดเบิร์น (Bradburn 1969 : 921) ได้กล่าวว่าความผาสุกเป็นปฏิกิริยาในจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบของคุณต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความผาสุกนี้เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นหลังจากจัดความเครียดหรือปราศจากความเครียด โดยเป็นความสมดุลของอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ นั่นคือบุคคลมีความผาสุกมากหากมีอารมณ์ด้านบวกมากกว่าอารมณ์ด้านลบ

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 194-205) ได้เสนอว่าความผาสุกเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจากความเครียด โดยผ่านการประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาของคุณ ทำให้บุคคลเกิดขวัญและกำลังใจ เกิดความพึงพอใจในชีวิต ดูปาย (Dupuy 1977: 125) เชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดหรือปัญหา สามารถประเมินการปรับตัวได้จากความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินภาวะภายในของคุณทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ภาวะซึมเศร้า 3) ภาวะสุขภาพทั่วไป 4) ความผาสุกในด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง 6) ความมีชีวิตชีวา

สรุปได้ว่า ความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยความรู้สึกพึงพอใจต่อความผาสุกของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

สำหรับความผาสุกของผู้บริจาคไต การบริจาคไตเป็นเหตุการณ์ครั้งสำคัญในชีวิตที่จะมีผลต่อความรู้สึกเป็นสุขระยะหลังจากบริจาคไตไปแล้ว การบริจาคไตจึงไม่เพียงแต่เป็นผลจากภาวะสุขภาพกาย แต่อาจจะเป็นจากความรู้สึก ความคิดหลายประการ ผู้บริจาคไตต้องมีการปรับตัวใหม่เพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (สุชาติ พหลภาคย์ 2535 : 87-96) การบริจาคไตจึงอาจเกิดผลกระทบต่อความผาสุกของผู้บริจาคไต

จากการศึกษาของคามาสตราและคณะ (Kamastra et al 1981 :60-61) ได้ศึกษาความผาสุกของผู้บริจาคไตภายหลังการบริจาคไต 5-9 ปี จำนวน 186 คน โดยแบ่งการศึกษออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ ระยะหลังผ่าตัด 1 ปีและระยะหลังผ่าตัด 5-9 ปี ผลการศึกษาพบว่า ระยะหลังผ่าตัด 5-9 ปีผู้บริจาคไตมีความผาสุกในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการบริจาคไต และผู้บริจาคไตมีความผาสุกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้บริจาคไต

นอกจากนี้จอร์จและคณะ (Gouge et al 1990 : 2409-2413) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้บริจาคไตจำนวน 236 คน เปรียบเทียบกับผู้รับไต จำนวน 52 คนและผู้ที่สามารถบริจาคไตได้แต่ไม่บริจาค (Nondonor) จำนวน 30 คนและข้อมูลประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบวัดความผาสุก ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาคไต ผู้ที่บริจาคไตได้แต่ไม่บริจาคและประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกามีความผาสุกไม่แตกต่างกัน

แม้ว่าจากวรรณกรรมดังกล่าวจะพบผู้บริจาคไตส่วนใหญ่มีความผาสุกมากขึ้นหรือมีความผาสุกเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่การบริจาคไตอาจมีผลทำให้ผู้บริจาคไตบางรายมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่มีความผาสุกได้เช่น เกิดความวิตกกังวลว่าไตที่ตนบริจาคจะเข้ากับผู้รับไตหรือไม่ หรือผู้บริจาคไตมีความคาดหวังในเรื่อง การได้รับความสำนึกบุญคุณจากผู้รับไต หากคาดหวังไว้มากแต่ได้รับจริงน้อยก็อาจจะเป็นเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุชาติ พหลภาคย์ 2535 : 87-96)

ไอเซนดาร์ท (Eisendarth 1969 cited in Rodin & Abbey 1992 : 157) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 57 คน โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พบว่า ผู้บริจาคไต 13 คน มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าภายหลังการบริจาคไต อาจมีสาเหตุมาจากแรงกดดันของบรรทัดฐานทางสังคมที่ต้องบริจาคไตเพื่อครอบครัว (Simmons 1970 cited in Rodin & Abbey 1992: 157) สมิทส์และคณะ (Smith et al 1986: 223-233) ได้ทำการศึกษาผู้บริจาคไตจำนวน 536 คน หลังการผ่าตัดเป็นเวลา 12 ปี พบว่า ผู้บริจาคไตร้อยละ 15 มีแรงกดดันในการตัดสินใจ และผู้บริจาคไตจะได้รับแรงกดดันจากครอบครัวมากหากผู้รับเป็นบิดามารดา เฮอวาสและคณะ (Hirvas et al 1976 cited in Rodin & Abbey 1992: 157) พบว่า ผู้บริจาคไตประมาณร้อยละ 20 มีปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการที่ต้องบริจาคไตแก่พี่น้องและไตที่บริจาคไปแล้วนั้นไม่สามารถทำงานได้ (Graft failure)

โดยสรุปแล้ว การบริจาคไตอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งสุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต สำหรับความผาสุกของผู้บริจาคไตที่เกิดขึ้นอาจมีความสัมพันธ์กับการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก

ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 156-164) เชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง รวมทั้งเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พากานา (Pagana 1990 : 255-261) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินใจความเครียดในสถานการณ์ที่เริ่มฝึกงานพยาบาลในคลินิกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 246 คน โดยแบ่งการประเมินตัดสินใจเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นภาวะคุกคาม 2) เป็นสิ่งที่ทำลาย ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เริ่มฝึกงานพยาบาลในคลินิกว่าเป็นสิ่งที่ทำลายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แต่การประเมินตัดสินใจเป็นภาวะคุกคามไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคม ถึงแม้การศึกษาดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วนแต่ก็พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ในทางที่ดี

แรงสนับสนุนทางสังคมนอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการประเมินตัดสินแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 156-164) เชื่อว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อมีปัญหา ผลลัพธ์หนึ่งก็คือ มีความผาสุก

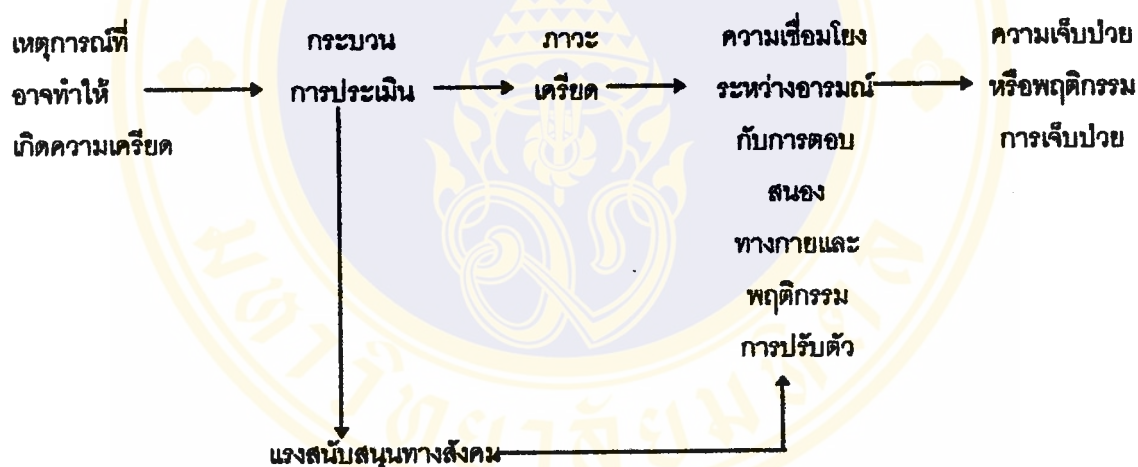
วอร์ทแมน (Wartman 1984) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียดและทำให้เกิดความผาสุก ทั้งยังป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลดีคือ

1. ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญกับภาวะเครียด
3. เผชิญกับภาวะเครียดได้ดีขึ้นเนื่องจากได้ข้อมูลต่างๆ อันจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียด
5. เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills 1985: 310-315) ได้เสนอกลไกและสมมติฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพกายและความผาสุก โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดี ตลอดจนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เช่นลดการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีความพยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ จึงช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและความผาสุก นอกจากนี้การที่บุคคลมีอารมณ์มั่นคงจะทำให้การทำงานของระบบประสาทต่อมไร้ท่อหรือระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น (Jamott & Locke 1984 cited in Cohen & Syme 1985: 6) ดังนั้นบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีดูแลสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ในขณะที่บุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย เช่น ขาดคนคอยแนะนำ ขาดความไว้วางใจ จะทำให้มีผลต่อความผาสุกและเกิดภาวะซึมเศร้า (Berkman & Syme 1979: 186-203)

นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบโดยอ้อมต่อสุขภาพกายและความผา-

สูง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะดูดซับความเครียดหรือบรรเทาความเครียด เมื่อบุคคลประเมินเหตุการณ์หนึ่งว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมทันที ปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไขจะสะสมและเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อระบบประสาทต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีพอ ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด และทำให้บุคคลมีสุขภาพกายที่ดีและมีความสุข โดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดให้รุนแรงน้อยลง เนื่องจากการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความคอยช่วยเหลือ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาความเครียดที่มีต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันทำงานตามปกติซึ่งมีผลต่ออารมณ์ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Cohen & Wills 1985: 310-315) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของโคเฮนและวิลส์

ครอฟอร์ด (Crawford 1987: 41) ได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการส่งเสริมความสุขไว้ 2 แนวคิดคือ

1. ทฤษฎีดูดซับความเครียด (Buffering Hypothesis) แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติได้ดีขึ้น ภาวะวิกฤตินั้นมีผลความรุนแรงลดลง

2. ผลโดยตรงต่อสุขภาพซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤต แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า มีส่วนร่วมกับสังคมจะทำให้มีความสุข

เพนเดอร์ (Pender 1987: 398) เสนอแนวคิดและกลไกเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความสุขคือ

1. ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุข
2. ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต
3. ช่วยยืนยันรับรองให้เกิดความมั่นใจว่าการกระทำนี้จะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและเป็นที่ต้องการของสังคม
4. ช่วยลดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ช่วยลดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญกับความสุขทั้งในภาวะปกติและภาวะเครียด ในภาวะปกติแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณค่า ป้องกันความเครียดและมีความสุข นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมยังทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดี มีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจึงมีสุขภาพดีและมีความสุข ส่วนในภาวะเครียดแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของความเหตุการณ์ลดลง สามารถเผชิญกับความเครียดดีขึ้นมีผลต่อความสุข

จากแนวคิดดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ ช่วยป้องกันและบรรเทาความเครียด ทำให้บุคคลมีความสุข ซึ่งความสุขเป็นผลสะท้อนถึงภาวะสุขภาพทางใจ ได้มีการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสุข ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วยและที่ไม่มีความเจ็บป่วย เช่น การศึกษาของฟลายด์แมน (Friedman 1993 : 405-412) ในหญิงชราโรคหัวใจจำนวน 80 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของหญิงชราที่เป็นโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับความสุข ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนปกติที่ไม่มีความเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะสุขภาพความคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้บริจาคไต เช่น การศึกษาของยาเชสกีและคณะ (Yarcheski et al 1994 :288-292) ได้ศึกษาในเด็กวัยรุ่นจำนวน 99 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข นอกจากนี้การ

ศึกษาของพุกลีซี (Pugliesi 1989: 87-100) ในหญิงอเมริกันจำนวน 1,299 คน ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุก และสามารถทำนายความผาสุกของหญิงอเมริกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของไบลลีย์และคณะ (Baillie et al 1988: 217-222) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 87 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุก และสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

จากแนวคิดและงานวิจัยที่ได้กล่าวมาจึงสรุปได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ดังการศึกษาของฮาเลย์และคณะ (Haley et al 1987 :323-330) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินใจ ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และผลของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำนวน 52 คนพบว่า การประเมินตัดสินใจและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลของการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งผลของการปรับตัวนี้วัดจากภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

นอกจากนี้แกสและชาง (Gass & Chang 1989 : 31-36) ได้ศึกษาการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการพลัดพราก การเผชิญปัญหา แหล่งประโยชน์ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นม่ายจำนวน 159 คน โดยแบ่งการประเมินตัดสินใจเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย 2) เป็นภาวะคุกคาม 3) เป็นสิ่งที่ทำหาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นม่ายส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการพลัดพรากจากคู่สมรสที่เสียชีวิตว่า เป็นสิ่งที่ทำหายมากกว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม กลุ่มที่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นภาวะคุกคามมีคะแนนเฉลี่ยของความผิดปกติของสุขภาพทางกายและจิตสังคมสูงกว่า กลุ่มที่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการพลัดพรากว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่ทำหาย งานวิจัยดังกล่าวยังพบว่า การประเมินตัดสินใจมีผลทางตรงและทางอ้อมต่อความผิดปกติของภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคม และการใช้แหล่งประโยชน์มีผลทางตรงต่อการประเมินตัดสินใจและความผิดปกติของภาวะสุขภาพทางกายและจิตสังคม

จากวรรณกรรมที่กล่าวมานี้ สรุปได้ว่าการประเมินตัดสินใจ แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน โดยถ้าบุคคลมีการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ไปในทางที่ดี ได้แก่ การประเมินว่าเป็นผลดีหรือเป็นสิ่งที่ทำหาย ก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพใจคือความผาสุก แต่

ถ้าบุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ การประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม ก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพใจโดยไม่มีความผาสุกและถ้าบุคคลสามารถเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้บุคคลมีการประเมินตัดสินเหตุการณ์ไปในทางที่ดีและส่งผลต่อภาวะสุขภาพใจโดยมีความผาสุกด้วยเช่นกัน

สำหรับผู้บริจาคไต การบริจาคไตเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งผู้บริจาคไตอาจประเมินตัดสินการบริจาคไตไปในทางที่ดีหรือไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งการประเมินตัดสินเหล่านี้ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพใจในรูปของความผาสุก กล่าวคือ ถ้าผู้บริจาคไตประเมินตัดสินการบริจาคไตไปในทางที่ดี ได้แก่ การประเมินตัดสินว่าเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำทนาย การประเมินตัดสินการบริจาคไตว่าเป็นผลดี เช่น มีความเชื่อว่าการบริจาคไตไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสิ่งที่ดีงามก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลที่ตนรัก ส่วนการประเมินตัดสินการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำทนาย เช่น มีความเชื่อว่าการบริจาคไตอาจเป็นอันตรายต่อตนเองแต่มีทางป้องกันหรือแก้ไขได้ ซึ่งการประเมินตัดสินการบริจาคไตทั้งเป็นผลดีและเป็นสิ่งที่ทำทนาย จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพใจของผู้บริจาคไตโดยมีความผาสุก แต่ถ้าผู้บริจาคไตประเมินตัดสินการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดี ได้แก่ การประเมินตัดสินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและคุกคาม เช่น การบริจาคไตเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง เนื่องจากต้องสูญเสียไตซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไปข้างหนึ่ง รวมทั้งไม่แน่ใจว่าจะมีสุขภาพเหมือนคนปกติหรือไม่ การประเมินตัดสินการบริจาคไตว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม จะมีผลต่อภาวะสุขภาพใจของผู้บริจาคไต โดยเกิดความวิตกกังวลความซึมเศร้าและไม่มีความผาสุก

อย่างไรก็ตามผู้บริจาคไตอาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการเผชิญปัญหา ทั้งนี้เพราะการบริจาคไตเป็นการช่วยเหลือผู้อื่น ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไต ครอบครัวของผู้รับไตและบุคคลในเครือข่ายของสังคม โดยมีโอกาสได้รับความใกล้ชิดผูกพัน ความช่วยเหลือต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะช่วยส่งเสริมให้ผู้บริจาคไตมีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ดี ช่วยบรรเทาความเครียด และส่งเสริมให้ผู้บริจาคไตมีภาวะสุขภาพทางใจโดยมีความผาสุก ใน

ทางกลับกันหากผู้บริจาคได้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจทำให้ผู้บริจาคได้ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไปในทางที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพใจโดยไม่มีความสำเร็จ



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เป็นการศึกษาการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต และความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาคไต ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้บริจาคไตไปข้างหนึ่งซึ่งมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีคุณสมบัติที่คัดเลือกได้ศึกษาดังนี้

1. เป็นผู้บริจาคไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกไปข้างหนึ่ง และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

2. พูดคุยภาษาไทยรู้เรื่อง และไม่มีปัญหาด้านความรู้สึกนึกคิด เช่น ปัญญาอ่อน
3. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกายก่อนบริจาคไตครบถ้วน
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีจำนวนผู้บริจาคไตที่มีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งสิ้น 45 คน

สถานที่ศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้กระทำ ณ คลินิกศัลยกรรมทั่วไปหรือคลินิกเปลี่ยนไต แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ เมื่อผู้บริจาคไตมาที่คลินิกดังกล่าว พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะเตรียมผู้บริจาคไตเพื่อเข้ารับการตรวจจากแพทย์ ซึ่งเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือด้านโรคไต หลังจากนั้นพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะแจ้งกำหนดวันนัดตรวจครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมี 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้รับไต ระยะเวลาลงรับไต ความสำเร็จของการเปลี่ยนไต และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไต

ส่วนที่ 2 แบบวัดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการรับไต ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน และจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับไตเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ เพื่อวัดความรู้สึกนึกคิดของผู้รับไตเกี่ยวกับการรับไต คำถามมีทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินตัดสิน 4 ลักษณะ คือ 1) อันตรายหรือสูญเสีย 8 ข้อ 2) ความทุกข์ 3 ข้อ 3) ทำลาย 4 ข้อ 4) ผลดี 7 ข้อ

โดยประเมินตัดสินว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด คำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าของลิเกิต 5 อันดับ ถ้าตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ให้ 4 คะแนน ถ้าไม่ตรงกับความรู้สึกนั้นเลยให้ 0 คะแนน โดยเมื่อประเมินแต่ละลักษณะแล้วจะนำลักษณะนั้นมาแบ่งการประเมินตัดสินได้เป็น 2 หมวด คือ

หมวดที่ 1 การประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำลายหรือผลในทางที่ดี ถือว่าเป็นการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการรับไตในทางที่ดี โดยคะแนนในทางที่ดีจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-44 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีการประเมินไปในทางที่ดีมาก

หมวดที่ 2 คือการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือความทุกข์ ถือว่าเป็นการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการรับไตในทางที่ไม่ดี โดยคะแนนการประเมินตัดสินในทางที่ไม่ดีจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-44 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้รับไตมีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการรับไตว่าไปในทางที่ไม่ดีมาก

สำหรับการที่จะจำแนกให้ผู้รับไตว่ามีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการรับไตในทางดีหรือไม่ดีนั้นใช้เกณฑ์การประเมินคือ นำคะแนนของแต่ละหมวดมาเปรียบเทียบกับ หากค่า

หมวดใดมากที่สุดก็ถือว่าผู้บริจาคนั้นได้มีการประเมินไปในทางนั้น

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้บริจาคไต จำนวน 6 ท่าน จากนั้นจึงได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้บริจาคไตจำนวน 10 คน หลังจากนั้นจึงได้นำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค คะแนนโดยรวมมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 มีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีเท่ากับ .73 และการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีเท่ากับ .87

เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย จึงได้รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจริงเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคะแนนโดยรวมเท่ากับ .92 โดยมีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีเท่ากับ .87 และการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PRQ 85 Part 2) สร้างโดยแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert: 1981) โดยใช้แนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss 1974) นำมาแปลและปรับปรุงโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้านคือ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน 4) การรับรู้ตนเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม 5) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

มีทั้งหมด 25 ข้อโดยประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองมากเพียงใด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 7 อันดับ ถ้าเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน และถ้าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ข้อคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 20 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อสำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบ ผู้วิจัยได้กลับคะแนนข้อความที่เป็นด้านลบก่อนจึงรวมคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25-175 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้บริจาคมีความรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) กิบสันและไวเนิร์ต (Gibson & Weinert 1986 cited in Weinert & Tilden 1990: 213) ได้ทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะทางอารมณ์ในผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 99 คน โดยวัดแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย แบบวัด PRQ 85 : Part 2 และแบบวัด Cost and Reciprocity Index (CRI) (Barrera 1985) และวัดภาวะทางอารมณ์ด้วยแบบวัด Profile of mood state(Mc Nair, Lorr, & Droppleman 1971) ผลการศึกษาเพื่อตรวจสอบหาความตรงตามเกณฑ์พบว่า แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (PRQ 85 : Part 2) มีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะทางอารมณ์ในระดับสูง (.91) ส่วนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (CRI) มีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะทางอารมณ์ในระดับสูงเช่นกัน (.81-.95) สรุปได้ว่า แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (PRQ 85 : Part 2) มีความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานสูง

การหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ไวเนิร์ต (Weinert 1987 :276) ได้หาความตรงตามโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่จำนวน 248 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน แบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือความรักใคร่ผูกพัน การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน และการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการหาความสัมพันธ์ระหว่าง 3 มิติดังกล่าว พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ แสดงว่าเนื้อหาจากแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 มิติและแต่ละมิติแยกออกจากกันไม่ได้

การหาความตรงตามโครงสร้าง โดยการหาความตรงสอดคล้อง (Convergent validity) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 2 เครื่องมือ คือ แบบวัด PRQ 85 : Part 2 และแบบวัด CRI จาก 2 งานวิจัยได้แก่ จากการศึกษาของ กิบสันและไวเนอร์ท (Gibson & Weinert 1986 cited in Weinert & Tilden 1990: 213) ในผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 99 คน และจากการศึกษาของไวเนอร์ท (Weinert 1988b cited in Weinert & Tildren 1990: 213) ในผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 333 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งสองมีความสัมพันธ์กันได้ค่าเท่ากับ .58 และ .53 ตามลำดับแสดงว่าแบบวัด PRQ 85 : Part 2 มีความตรงสอดคล้อง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability)

มูห์เลนเคมพ์ (Muklenkemp 1985 cited in Weinert 1987: 275) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 132 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .87 แคแทนซาโร (Catanzaro 1986 cited in Weinert 1987: 275) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 ไวเนอร์ท (Weinert 1987) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 132 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .89 และยาร์เชสกี (Yarcheski 1994) ได้นำแบบวัดไปใช้ในเด็กวัยรุ่นจำนวน 99 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90

สำหรับในประเทศไทย จิรภา หงษ์ตระกูล (2523) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 100 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 อัจฉรียา ปทุมวัน (2534) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .88 สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 149 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 ประสบสุข ศรีแสนปาง (2535) ได้นำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุจำนวน 122 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .84

ในการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้บริจาคไตจำนวน 10 คน แล้วหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .93 เนื่องจาก

แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนน้อย จึงได้รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจริง เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คนได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาเพิ่มขึ้นเป็น .96

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่แบบประเมินสุขภาพกายและแบบวัดความผาสุก

4.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพกาย ใช้แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกายก่อนบริจาคไตประกอบด้วย ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไต โดยใช้เกณฑ์การคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคไตตามที่คลินิกเปลี่ยนไต แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติได้กำหนดไว้ดังนี้ 1) ระดับครีเอตินินในเลือด ค่าปกติเท่ากับ 0.6-1.5 มก./ดล. 2) ระดับไนโตรเจนในเลือด ค่าปกติเท่ากับ 5-20 มก./ดล. 3) ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ค่าปกติคือ ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ 4) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ค่าปกติ ≤ 140 มม.ปรอท 5) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าปกติ ≤ 90 มม.ปรอท

4.2 แบบวัดความผาสุก ใช้แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป (General well-being: GWB 1977) สร้างขึ้นโดยดูปาย (Dupuy 1977) โดยพัฒนาเครื่องมือจากแบบสอบถาม U.S. Health and Nutrition Examination Survey : ZHANES ซึ่งมีต้นฉบับ 68 ข้อแต่ได้นำมาเพียง 18 ข้อ ที่มีเนื้อหาตรงกับ การประเมินความผาสุกโดยทั่วไป

เครื่องมือนี้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2532) ประกอบด้วยความรู้สึผาสุก 6 ด้าน คือ 1) ความวิตกกังวล 4 ข้อ 2) ความซึมเศร้า 3 ข้อ 3) ความผาสุกโดยทั่วไปด้านบวกมี 3 ข้อ 4) การควบคุมตนเอง 3 ข้อ 5) ภาวะสุขภาพทั่วไป 2 ข้อ 6) ความมีชีวิตชีวา 3 ข้อ

คำถามมีทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะของคำถามมี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มีข้อความคำถาม 14 ข้อ โดยประเมินความรุนแรงหรือความบ่อยของความรู้สึก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิต 7 อันดับ ข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความคำถามด้านบวก 7 ข้อและข้อความคำถามด้านลบ 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 มีข้อคำถาม 4 ข้อโดยประเมินความมากน้อยของความรู้สึก ลักษณะคำตอบเป็นส่วนประเมินค่าลิเกิต 10 อันดับ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ

สำหรับการให้คะแนนข้อความที่เป็นด้านลบผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนความผาสุกทั่วไปทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-110 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้บริจาคได้มีความผาสุกมาก และมีเกณฑ์แบ่งความผาสุกเป็น 3 ระดับ คือ 0-60 คะแนนทุกข์โศกมาก 61-72 คะแนนทุกข์โศกปานกลาง และ 73-110 คะแนนมีความผาสุก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ดูปาย (Dupuy 1977) ได้หาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าประกอบด้วย ความผาสุก 3 ด้านและความทุกข์โศก 3 ด้าน

เอ็ดเวิร์ด (Edwards 1979) ได้หาความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิธีเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ทราบ (Known group technique) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจซึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีคะแนนความผาสุกโดยทั่วไปน้อยกว่ากลุ่มบุคคลปกติ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ฟาซิโอ (Fazio 1977) ได้ศึกษาโดยใช้แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป ในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยจำนวน 195 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .85 เอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards et al 1979) ได้ศึกษาโดยใช้แบบวัดนี้กับนักศึกษาในมหาวิทยาลัย 98 แห่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .68

มังก์ (Munk 1981 cited in Dupuy 1977) ได้หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในนักศึกษาในมหาวิทยาลัย 195 แห่ง โดยได้ทำ test-retest หลัง 3 เดือนกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .68 และ .85

สำหรับในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2532) ได้นำแบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปไปศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาลจำนวน 230 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91 ศากุล คงพันธ์ (2532) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มมารดาของเด็กที่เข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 วิมลวัลย์ วโรฬาร (2535) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการบำบัดพิเศษเด็กจำนวน 80 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .92 วิภาวรรณ ชะอุม (2536) ได้นำแบบวัดนี้ไปในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .88

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้บริจาคไตจำนวน 10 คน แล้วหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92 เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจำนวนน้อย จึงได้รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจริง เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คนได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ และหัวหน้าแผนกตรวจศัลยกรรมผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. สํารวจรายชื่อผู้บริจาคไต รวมทั้งเลขที่โรงพยาบาลและที่อยู่จากเวชระเบียน โดยตรวจสอบวันที่แพทย์นัดมาตรวจ หากพบว่าเป็นวันเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์หรือส่งจดหมายเพื่อเชิญเข้าร่วมในการวิจัยและอธิบายขั้นตอนของการวิจัยพร้อมกับแนบไปรษณียบัตรตอบรับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากผู้บริจาคไตบางรายที่แพทย์ไม่ได้นัดในเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะกำหนดเวลานัดผู้บริจาคไตมาเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ร่วมกับแพทย์ที่เป็นเจ้าของผู้ป่วย แล้วจึงโทรศัพท์หรือส่งจดหมายเชิญเข้าร่วมในการวิจัยเช่นเดียวกัน หากผู้บริจาคไตไม่สะดวกมาในวันที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้บริจาคไตสามารถเลือกวันและเวลาแล้วติดต่อกลับมายังผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์เจ้าของผู้ป่วย เพื่อกำหนดวันและเวลาที่สะดวกตรงกันทั้งแพทย์และผู้บริจาคไตอีกครั้ง หากไม่ได้รับคำตอบภายใน 2 สัปดาห์ผู้วิจัยจะโทรศัพท์หรือเขียนจดหมายติดตามอีกครั้งหนึ่ง

2. เมื่อพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และพินิจสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สร้างสัมพันธภาพรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

3. ผู้บริจาคไตที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จะได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดังนี้

3.1 เจาะเลือดเพื่อส่งวิเคราะห์ระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด และเก็บปัสสาวะเพื่อส่งวิเคราะห์ระดับโปรตีนในปัสสาวะที่ห้องปฏิบัติการ แผนกพยาธิวิทยา โรงพยาบาลรามารินทร์

3.2 วัดความดันโลหิต

3.3 ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยให้ตอบข้อมูลส่วนบุคคลก่อน แล้วจึงให้ตอบแบบสอบถามการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก โดยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุดมาเรียงสลับกันเป็นรูปแบบต่าง ๆ โดยกำหนดให้แบบวัดการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตเป็นแบบวัดชุดที่ 1 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบวัดชุดที่ 2 และแบบวัดความผาสุกเป็นแบบวัดชุดที่ 3 ดังนั้น โอกาสของการเรียงลำดับแบบสอบถาม 3 ชุดจึงมีทั้งสิ้น 6 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 1, 2 และ 3

รูปแบบที่ 2 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 1, 3 และ 2

รูปแบบที่ 3 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 2, 1 และ 3

รูปแบบที่ 4 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 2, 3 และ 1

รูปแบบที่ 5 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 3, 1 และ 2

รูปแบบที่ 6 เรียงแบบสอบถามจากชุดที่ 3, 2 และ 1

การเรียงลำดับแบบสอบถามนี้ทำเพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากมีข้อคำถามมากทั้งสิ้น 63 ข้อ สำหรับผู้บริจาคไตท่านที่หนึ่ง ผู้วิจัยจะเลือกรูปแบบให้ผู้บริจาคไตตอบแบบสอบถามโดยวิธีสุ่มแบบง่าย ส่วนผู้บริจาคไตรายถัดไปใช้วิธีเรียงต่อจากรูปแบบที่สุ่มได้ในผู้ช่วยคนแรกและหมุนเวียนเรื่อยไป เช่น ผู้บริจาคไตคนที่ใช้วิธีสุ่มแบบง่ายได้รูปแบบที่ 2 ผู้บริจาคไตรายถัดไปจะใช้รูปแบบที่ 3, 4, 5, 6, 1 และ 2 ตามลำดับ และหมุนเวียนเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

3.4 ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างรายใดไม่สามารถอ่านหนังสือเองได้หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์

3.5 ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้บริจาครายใดตอบคำถามโดยอิสระ แต่หากผู้บริจาครายใดมีข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้

3.6 เมื่อผู้บริจาครายใดตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ หากพบว่าผู้ปวยตอบคำถามไม่ครบผู้วิจัยจะบอกให้ผู้บริจาครายใดทราบเพื่อให้ตอบจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC +

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้รับไต ความสำเร็จของการเปลี่ยนไต และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไต วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

1.2 อายุและระยะเวลาหลังบริจาคไต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัย

2. การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต

2.1 คะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 หมวดการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต วิเคราะห์ด้วยร้อยละ

3. คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. สุขภาพกายก่อนและหลังการบริจาคไต

4.1 ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไต วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและ

หลังการบริจาคน้ำ วิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t- Test)

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับโปรตีนในปัสสาวะ ก่อนและหลังการบริจาคน้ำ วิเคราะห์ด้วยสถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon Match Pair Signed - Rank Test)

5. ความผาสุก

5.1 คะแนนความผาสุก วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 ระดับความผาสุกของผู้บริจาคน้ำ วิเคราะห์ด้วยร้อยละ

6.ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคน้ำ แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษครั้งนี้เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้บริจาคไต ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายก่อนและหลังการบริจาคไต ความผาสุก และผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริจาคไตซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40 ปี เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.8 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 24.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับไม่เกิน 6,000 บาท ร้อยละ 53.3 มีอาชีพรับจ้างหรือลูกจ้าง ร้อยละ 35.6 และส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 46.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้รับไตโดยเป็นน้องและพี่ ร้อยละ 35.6 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ผู้รับไตส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนไต ร้อยละ 97 และระยะเวลาหลังบริจาคไตเฉลี่ย 27.8 เดือนหรือ 2 ปี 3 เดือน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์พบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไต รวมทั้งปัจจุบันไตที่บริจาคแก่ผู้รับไตส่วนใหญ่สามารถทำงานได้ร้อยละ 89.9 รายละเอียดของลักษณะกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 45)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	46.7
หญิง	24	53.3
สถานภาพสมรส		
โสด	17	37.8
คู่	26	57.8
หม้าย หย่า แยก	2	4.4
ศาสนา		
พุทธ	45	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	4.4
ประถมศึกษา	17	37.8
มัธยมศึกษา	11	24.4
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	7	15.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	17.8
รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว		
ไม่เกิน 6,000 บาท	24	53.3
6,001-12,000 บาท	10	22.2
12,001-18,000 บาท	4	8.9
18,001 บาทขึ้นไป	7	15.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ	6	13.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	4.4
ค้าขาย	4	8.9
ธุรกิจส่วนตัว	2	4.4
นักเรียน นักศึกษา	-	-
รับจ้าง ลูกจ้าง	16	35.6
ทำนา ทำไร่ ทำสวน	7	15.6
อื่นๆ	8	17.8
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล		
เบิกต้นสังกัด	13	28.9
จ่ายเองทั้งหมด	21	46.7
สังคมสงเคราะห์	1	2.2
ผู้รับได้ออกให้บางส่วน	10	22.2
ความสัมพันธ์กับผู้รับได		
บุตร	6	13.3
บิดา	3	6.7
มารดา	4	8.9
พี่	15	33.3
น้อง	16	35.6
ญาติอื่น ๆ (อา)	1	2.2
ความสำเร็จของการเปลี่ยนไต		
สำเร็จ	44	97.8
ไม่สำเร็จ	1	2.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันใดที่บริจาคแก่ผู้รับได้		
สามารถทำงานได้	40	88.9
ไม่สามารถทำงานได้	5	11.1
ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของไต		
มี	0	0
ไม่มี	45	100
อายุ (ปี)		
ค่าพิสัย	20 – 65	
ค่าเฉลี่ย	40	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.8	
ระยะเวลาหลังบริจาคไต (เดือน)		
ค่าพิสัย	2 – 79	
ค่าเฉลี่ย	27.8 (2.3 ปี)	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16.4	

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต

คะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นผลดีของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในรูปของค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความเบ้ พบว่าคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคาม มีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 0-27 และ 0-12 คะแนนตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 5.58 และ 2.47 คะแนนตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.78 และ 2.72 ตามลำดับ โดยมีค่าความเบ้เป็นบวกหรือเรียกว่าเบ้ขวา 1.85 และ 1.35 ตามลำดับ หมายถึงคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย

เสียและเป็นภาวะคุกคามส่วนใหญ่เป็นไปในทางต่ำ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและไม่เป็นภาวะคุกคาม

สำหรับคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลดีพบว่า คะแนนลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลดีมีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 5 - 16 และ 8 - 28 คะแนนตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 12.67 และ 22.93 คะแนนตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.06 และ 5.39 ตามลำดับ โดยมีค่าความเบ้เป็นลบหรือเรียกว่าเบ้ซ้าย - 0.83 และ - 1.2 ตามลำดับ หมายถึงคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลดีส่วนใหญ่เป็นไปในทางสูง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลดี ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 2 : ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ลักษณะการประเมินตัดสิน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าความเบ้
อันตรายหรือสูญเสีย	0-27	5.58	5.78	1.85
คุกคาม	0-12	2.47	2.72	1.35
ทำหาย	5-16	12.67	3.06	-.83
ผลดี	8-28	22.93	5.39	-1.2

เมื่อรวมลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้เป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคามเข้าไว้เป็นหมวดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ในทางที่ไม่ดี และรวมลักษณะการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ว่าเป็นสิ่งที่ทำหายและเป็นผลในทางที่ดีเข้าไว้เป็นหมวดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ในทางที่ดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคได้ในทางที่ดีร้อยละ 95.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 : จำนวน ร้อยละของหมวดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคไทรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

หมวดการประเมินตัดสิน	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคไทรในทางที่ไม่ดี	2	4.4
การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริโภคไทรในทางที่ดี	43	95.6

แรงสนับสนุนทางสังคม

คะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแสดงในรูปของค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าความเบ้ พบว่าคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าพิสัย อยู่ในช่วง 43-168 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 135.89 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.39 โดยมีค่าความเบ้เป็นลบหรือเรียกว่าเบ้ซ้าย -1.16 หมายถึงคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่อนข้างไปทางสูง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 : ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ลักษณะข้อมูล	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าความเบ้
แรงสนับสนุนทางสังคม	43-168	135.89	26.39	-1.16
ความผาสุก	38-108	83.16	16.79	-.75

ภาวะสุขภาพ

สุขภาพกาย

เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินสุขภาพกายของผู้บริจาคไตที่คลินิกเปลี่ยนไต โรงพยาบาลรามาริบัติกำหนดไว้ พบว่า ก่อนการบริจาคไตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับครีเอตินินในเลือด โปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการบริจาคไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนหลังการบริจาคไตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพกายอยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นกัน กล่าวคือมีระดับครีเอตินินในเลือด โปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80 , 80 , 97.8 และ 95.6 ตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.6) มีระดับไนโตรเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากันทั้งก่อนและหลังการบริจาคไต(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 : จำนวน ร้อยละของคะแนนระดับครีเอทีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังบริจาคไต จำแนกตามเกณฑ์ปกติ (n = 45)

ข้อมูลทางคลินิก	ค่าปกติ	ปกติ		สูงกว่าปกติ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนผ่าตัด					
ครีเอทีนในเลือด(มก./ดล.)	0.6-1.5	45	100.0	0	0
ไนโตรเจนในเลือด(มก./ดล.)	5-20	43	95.6	2	4.4
โปรตีนในปัสสาวะ	negative	45	100.0	0	0
ความดันโลหิต(มม.ปรอท)					
ซิสโตลิก	≤140	45	100.0	0	0
ไดแอสโตลิก	≤ 90	45	100.0	0	0
หลังผ่าตัด					
ครีเอทีนในเลือด(มก./ดล.)	0.6-1.5	36	80.0	9	20.0
ไนโตรเจนในเลือด(มก./ดล.)	5-20	43	95.6	2	4.4
โปรตีนในปัสสาวะ	negative	36	80.0	9	20.0
ความดันโลหิต(มม.ปรอท)					
ซิสโตลิก	≤140	44	97.8	1	2.2
ไดแอสโตลิก	≤ 90	43	95.6	2	4.4

ความผาสุก

คะแนนความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างแสดงในรูปของค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่าความเบ้ (Skewness) พบว่าคะแนนความผาสุกโดยทั่ว-

ไม่มีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 38 -108 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 83.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.79 โดยมีค่าความเบ้เป็นลบหรือเรียกว่าเบ้ซ้าย - 0.75 หมายถึงคะแนนความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่อนข้างไปในทางสูง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกค่อนข้างสูง (ตารางที่ 4) และเมื่อจำแนกตามระดับความผาสุกซึ่งมีอยู่ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่มีความผาสุกร้อยละ 75.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 : จำนวน ร้อยละของระดับความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ระดับความผาสุก	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ทุกข์มาก	0-60	5	11.1
ทุกข์ปานกลาง	61-72	6	13.3
มีความผาสุก	73-110	34	75.6

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในสมมติฐาน 1-4 เป็นการศึกษาความแตกต่างระหว่างสุขภาพกายก่อนและหลังบริจาคไต ใช้สถิติวิเคราะห์ที่คู่กับคะแนนครีเอตินินในเลือด คะแนนไนโตรเจนในเลือด และคะแนนความดันโลหิต (ตารางที่ 7) และใช้สถิติวิเคราะห์ลкокอกสันกับคะแนนโปรตีนในปัสสาวะ (ตารางที่ 8) ผลการศึกษาพบว่า

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่าระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่าระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคของผู้บริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่าระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุน โดยพบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะหลังการบริจาคไตร้อยละ 20 (ตารางที่ 4)

สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในขณะเดียวกันค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 7 : เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาคไต ($n = 45$)

ข้อมูลทางคลินิก	ก่อนการบริจาค			หลังการบริจาค			t-test	p
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD		
ครีเอตินินในเลือด (มก./ดล.)	.6-1.5	1.0	0.2	0.6-2.0	1.3	.3	- 8.3	<.001
ไนโตรเจนในเลือด(มก./ดล.)	4-23	11.2	3.9	4-22	14.2	3.5	-4.4	<.001
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)								
ซิสโตลิก	110-140	119.8	8.4	100-150	120.4	13.3	-.41	>.05
ไดแอสโตลิก	70-90	77.8	6.4	60-100	78.2	9.1	-.64	>.05

ตารางที่ 8 : เปรียบเทียบความแตกต่างของโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคไตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

โปรตีนในปัสสาวะ	พิสัย	มัธยฐาน	Z-test	p
ก่อนการบริจาคไต	0	0		
หลังการบริจาคไต	0-3	0	-2.76	<.01

สมมติฐานข้อ 5-7 เป็นการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้บริจาคไต ใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ตารางที่ 9) ผลการศึกษาพบว่า

สมมติฐานข้อที่ 5 กล่าวว่า การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต โดยแบ่งเป็น 2 ข้อย่อยได้แก่ การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต และการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต พบว่า การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .82$, $p < .001$) และการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.65$, $p < .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีสูงจะรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีสูงจะรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 6 กล่าวว่า การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้บริจาคไต โดยแบ่งเป็น 2 ข้อย่อย คือการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาคไต และการประเมินตัดสินเกี่ยว

กับการบริโภคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้บริโภคไต พบว่า การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริโภคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60$, $p < .001$) และการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้บริโภคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.43$, $p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินตัดสินใจในทางที่ดีสูงจะมีความผาสุกมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคไตในทางที่ไม่ดีสูงจะมีความผาสุกน้อย ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 7 กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริโภคไต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริโภคไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64$, $p < .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความผาสุกมาก ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 9: ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	1	2	3
1. การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคไตในทางที่ดี	1.00		
2. การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคไตในทางที่ไม่ดี	-.59**	1.00	
3. แรงสนับสนุนทางสังคม	.82**	-.65**	1.00
4. ความผาสุก	.60**	-.43*	.64**

* $p < .01$ ** $p < .001$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลในการวิจัยครั้งนี้ อภิปรายตามหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้ คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพได้แก่สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาคไต และผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้บริจาคไตในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 57.8 และร้อยละ 42.2 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 40 ปี และสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งใกล้เคียงกับลักษณะของผู้บริจาคไตที่ศึกษาในต่างประเทศ ดังการศึกษาของสมิทธิ์และคณะ (Smith et al 1986 : 225) ได้ศึกษาในผู้บริจาคไตชาวอเมริกันจำนวน 563 คน พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 56 อายุเฉลี่ย 37.3 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70 และจากการศึกษาของจอร์จและคณะ (Gouge et al 1990 : 2410) ได้ศึกษาในผู้บริจาคไตชาวอเมริกันจำนวน 36 คน พบว่าเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากันคือร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 จากผลการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาที่มีในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าผู้บริจาคไตเป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและมีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะวัยนี้มักเป็นผู้ที่มีหลักฐานและมีความมั่นคง ได้รับการยอมรับจากสังคม สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวให้มีความสุข สามารถปรับตัวได้ตลอดจนยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2538 : 5)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องน้องของผู้รับไต อาจเป็นเพราะเนื้อเยื่อของพี่น้องของผู้บริจาคไตมีโอกาสที่จะเข้ากันได้มากกับเนื้อเยื่อของผู้รับไต อธิบายตามกฎการถ่ายทอดของเมนเดล (Mendel) ซึ่งกล่าวว่าเนื้อเยื่อของพี่น้องมีโอกาสที่จะเข้ากันได้ทั้งหมดถึง 1 ใน 4 คนและมีโอกาสที่จะเข้ากันครึ่งหนึ่ง 2 ใน 4 คน ขณะเดียวกันครอบครัวคนไทยในอดีตมีพี่น้องหลายคน โอกาสที่ผู้รับไตจะได้ไตจากพี่น้องหลายคนจึงเป็นไปได้สูงถึง 3 ใน 4 คน (ไพบูลย์ บุญญะพานิชสกุล 2530 : 74)

อนึ่ง เกณฑ์การเลือกผู้บริจาคไตกำหนดไว้ว่าต้องมีอายุ 18-60 ปี การศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้

บริจาคไตมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ในขณะที่ผู้รับไตมีอายุเฉลี่ย 42.4 ปี (นงนุช บุญยัง 2535) และ 43.2 ปี (ศรีธัญญา เภมบุญกุล 2538) จะเห็นได้ว่าผู้บริจาคไตและผู้รับไตมีอายุใกล้เคียงกันหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นพี่น้องกัน

นอกจากนี้ความที่ผู้บริจาคไตและผู้รับไตต่างเป็นพี่น้องกัน ซึ่งมีความผูกพันทางสายโลหิต เมื่อผู้บริจาคไตเห็นพี่หรือน้องของตนต้องมีความทุกข์ยากจากความเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และการบริจาคไตเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้ผู้รับไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้บริจาคไตซึ่งเป็นพี่หรือน้องของผู้รับไตยินดียินดีบริจาคไต

จากผลการศึกษาที่พบว่า การเปลี่ยนไตโดยได้ไตจากผู้บริจาคไตในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.8 ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งปัจจุบันไตที่บริจาคยังสามารถทำงานได้ร้อยละ 88.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพี่น้องกับผู้รับไต ซึ่งมีแนวโน้มว่าเนื้อเยื่อมีโอกาสเข้ากันได้สูง (Powers 1981 : 552) ประกอบกับสามารถกำหนดวันเวลาในการผ่าตัดเปลี่ยนไต โดยให้ทั้งผู้บริจาคไตและผู้รับไตต่างมีความพร้อมในการผ่าตัด (Bay & Hebert 1987 : 719; Powers 1981 : 552) รวมทั้งช่วงเวลาการผ่าตัดนำไตจากผู้ให้มาใส่ให้กับผู้รับไต (Ischemic time) ซึ่งเป็นระยะเวลาการขาดเลือดของไตใหม่ยังสั้น ทำให้ไตใหม่สามารถทำหน้าที่เป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตเป็นอันตรายหรือสูญเสียและคุกคามเป็นไปในทางต่ำ หรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตไม่เป็นอันตรายและไม่เป็นภาวะคุกคาม ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตเป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นผลดีเป็นไปในทางสูง หรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นผลดี

เมื่อรวมลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและคุกคามเข้าไว้เป็นหมวดการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดี และรวมลักษณะการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นผลดีเข้าไว้เป็นหมวด

การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.6 มีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.3 รู้สึกว่าตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพภายหลังบริจาคไต จึงทำให้เชื่อว่าการบริจาคไตไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิ์และคณะ (Smith et al 1986 :223-233) ที่พบว่าผู้บริจาคไตส่วนใหญ่เชื่อว่าการบริจาคไตไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองร้อยละ 92.4 นอกจากนี้การเปลี่ยนไตโดยได้รับไตจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าประสบความสำเร็จสูงร้อยละ 97.8 และปัจจุบันไตที่บริจาคส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 ยังสามารถทำงานได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าการบริจาคไตเป็นประสบการณ์ที่ดีคือได้ช่วยเหลือชีวิตผู้อื่น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดีใจที่ได้บริจาคไต มีความเชื่อว่าการบริจาคไตเป็นการทำบุญอันยิ่งใหญ่ ทั้งยังทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีค่าและมีความสุข และมีความใกล้ชิดผูกพันกันระหว่างผู้บริจาคไตและผู้รับไตมากขึ้น (ภาคผนวก ข) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้บริจาคไตรู้สึกดีใจที่ได้บริจาคไต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความใกล้ชิดผูกพันระหว่างผู้บริจาคไตและผู้รับไตมากขึ้น (Fellner 1979 cited in Gouge et al 1990 : 2411 ; Gouge et al 1990 : 2409-2413 ; Kamastra et al 1981 : 60-61)

สำหรับการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี นอกจากจะประกอบด้วยการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นผลในทางที่ดีแล้ว ยังประกอบด้วยการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำหายอีกด้วย การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตว่าเป็นสิ่งที่ทำหาย อาจเกิดจากแม้ว่าจะเจ็บป่วยบ้าง เช่นปวดเอว ปวดหลัง และปวดศีรษะ แต่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพดี โดยที่กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดูแลสุขภาพตนเองและทำงานได้ตามปกติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน มีพลังความสามารถในการทำงาน มีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างเหลือไตเพียงข้างเดียวยังอาจก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง คือทำให้มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิต เช่น ระวังระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร ระวังการเกิดอุบัติเหตุ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมาตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ ดังนั้นผู้บริจาคไตมักมีชีวิตยืน

ยาวเพราะมักสนใจสุขภาพของตนเองและติดตามผลระยะยาวกับแพทย์เป็นประจำ (ทวี ศิริวงศ์ 2535 : 141)

อย่างไรก็ตามผลการการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 4.4 มีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดี โดยประเมินว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายและสูญเสีย เช่น รู้สึกว่าการบริจาคไตเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เหมือนก่อนบริจาค รู้สึกว่าไตที่บริจาคไปเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของตน รู้สึกเสียใจที่บริจาค รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือตนเมื่อมีปัญหาจากการบริจาคไตและหมดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งประเมินว่าการบริจาคไตเป็นสิ่งที่ทุกคน เช่น ไม่แน่ใจว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขด้วยไตที่เหลือเพียงข้างเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีรายได้น้อยและว่างงาน จึงเกิดความรู้สึกมีความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ง่าย เมื่อมีปัญหาความเจ็บป่วย เช่น ปวดเอวบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นผลจากการบริจาคไตและอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเอง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เป็นพี่น้อง จึงอาจมีแรงกดดันที่จำเป็นต้องบริจาค ทำให้มีปัญหาทางอารมณ์ได้ ดังการศึกษาของเฮอวาสที่พบว่าผู้บริจาคไตผู้บริจาคไตบางส่วนมีปัญหาทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการที่ต้องบริจาคไตแก่พี่น้อง (Hirvas et al 1976 cited in Rodin & Abbey 1992 : 157)

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง หรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ใช้เครื่องมือวัดแบบเดียวกัน รวมทั้งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีความเจ็บป่วยซึ่งคล้ายคลึงกับผู้บริจาคไต

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศซึ่งได้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Hubbard et al 1984 : 266-269) ในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338) และในเด็กวัยรุ่น (Yacheski et al 1994 : 288-292) ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของสังคมต่างประเทศและสังคมไทยแตกต่างกัน โดยที่สังคมต่าง

ประเทศส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (Immediate family) ประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร คนในครอบครัวต่างมีอิสระเสรีในการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องน้อยลงและไม่ประสงค์ที่จะพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ในขณะที่สังคมไทยเป็นครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วยสามี ภรรยา บุตร ปู่ย่าตายาย (ทวีริศมี ธนาคม 2524 : 88-90) คนในครอบครัวต่างมีความผูกพันกันในสายโลหิตมาก สมาชิกมีความผูกพันกันแน่นแฟ้น แม้เมื่อแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม ความผูกพันในครอบครัวเท่าที่ยังมีอยู่ มีการไปมาหาสู่และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าการศึกษาในประเทศไทยที่ได้ศึกษาในผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง (อัจฉริยา ปทุมวัน 2534) อาจเนื่องจากการบริจาคไตเป็นการกระทำโดยตั้งใจและมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยชีวิตของผู้รับไต อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือครอบครัวของผู้รับไตทางอ้อมหากผู้รับไตเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับภาระต่างๆ การได้ช่วยเหลือผู้อื่นนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้รับไตและครอบครัวของผู้บริจาคไต

กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจากผู้รับไต โดยได้รับความช่วยเหลือทั้งพาด้านระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไต แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ได้รับความรัก มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้รับไตมากขึ้น (ภาคผนวก ข) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างบางรายร้อยละ 22 ยังได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากผู้รับไตในรูปค่ารักษาพยาบาลภายหลังบริจาคไต ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.3 มีรายได้ไม่น้อยคือมีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวไม่เกิน 6,000 บาทต่อเดือน ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมิทธิและคณะ (Smith et al 1986 : 223-233) ที่พบว่า ผู้บริจาคไตที่มีปัญหาทางการเงินจะได้รับความช่วยเหลือจากผู้รับไต

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจากครอบครัวของผู้บริจาคไตเอง คือได้จากคู่สมรส ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 57.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดที่น่าจะมีโอกาสให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้บริจาคไตเมื่อผู้บริจาคไตมีปัญหา

ภาวะสุขภาพ

สุขภาพกาย

สุขภาพกายก่อนและหลังการบริจาคไตประเมินได้จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจร่างกาย ซึ่งแสดงถึงการทำหน้าที่ของไตที่เหลือได้แก่ ระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

ระดับครีเอตินินในเลือด เป็นตัวบ่งบอกหน้าที่การทำงานของไตที่ชัดเจน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของครอห์นและคณะ (Krohn et al 1966 ; Bonor et al 1973 cited in Bay & Hebert 1987 : 719-727) ดันน์และคณะ (Dunn et al 1986 : 637-642) มิลเลอร์และคณะ (Miller et al 1985 : 201-208) แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al 1985 : 100-103) ฮาคิมและคณะ (Hakim et al 1984 : 930-936) และวินเซนไทและคณะ (Vincenti et al 1983 : 626-629) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนาจาเรียนและคณะ (Najarian et al 1992: 807-810) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตของผู้บริจาคไตไม่แตกต่างกัน

อนึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่คลินิกเปลี่ยนไต โรงพยาบาลรามามาธิบดียกกำหนดให้ค่าปกติของระดับครีเอตินินในเลือดในการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต อยู่ระหว่าง 0.6 - 1.5 มก/ดล. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดหลังการบริจาคไตเท่ากับ 1.3 มก/ดล. ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระดับครีเอตินินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นจึงถือว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับครีเอตินินในเลือดปกติ

อย่างไรก็ตามการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินีนในเลือดก่อนและหลังการบริจาดไตแตกต่างกัน และมีระดับครีเอตินีนในเลือดสูงขึ้น แม้ว่าไตที่เหลือจะมีการทำหน้าที่ทดแทนไตที่ได้บริจาดไปก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้น (Kee 1987 : 134) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ผู้บริจาดไตที่มีอายุมากจะมีระดับครีเอตินีนในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้บริจาดไตที่มีอายุน้อย (Miller et al 1985 :201-207) ทั้งนี้เพราะตามปกติในแต่ละ 10 ปี จะมีอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลงร้อยละ 6 มีการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงไตลดลง มีการเสื่อมของหน่วยไต และหน่วยไตจะเหลือ 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 เมื่อบุคคลมีอายุ 70 ปี (สุภาณี กาญจนจारी อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2535 : 231-232) อนึ่ง ปัจจัยที่อาจทำให้ระดับครีเอตินีนในเลือดสูงขึ้น คือ ขนาดของร่างกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น (Bay & Hebert 1987 : 719-727) จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่าก่อนบริจาดไต นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่อาจทำให้ระดับครีเอตินีนสูงขึ้นคือ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อ (Roast beef) มากเกินไปหรือการรับประทานยาที่มีผลข้างเคียงต่อไต (Kee 1987 : 134)

กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีระดับครีเอตินีนในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 20 (ตารางที่ 2) รวมทั้งมีระยะเวลาหลังบริจาดไต 1-4 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาไม่นานเมื่อเทียบกับการศึกษาของวินเซนไทและคณะ (Vincenti et al 1983 : 626-629) และแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al 1985 :100-103) พบว่าผู้บริจาดไตมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินีนในเลือดหลังบริจาดไต 1 เดือนสูงกว่าก่อนการบริจาดไต แต่ค่าเฉลี่ยหลังบริจาดไตมีแนวโน้มลดลง เมื่อบริจาดไตไปแล้วมากกว่า 10 ปี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวควรได้รับการติดตามผลในระยะยาวต่อไป แม้ว่าจากการตรวจร่างกายโดยแพทย์จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงก็ตาม เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบจากการบริจาดไตในระยะยาว

ระดับไนโตรเจนในเลือด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาดไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวินเซนไทและคณะ (Vincenti et al 1983 : 626-629) พบว่าผู้บริจาดไตมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาดไตแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนาจาเรียนและคณะ (Najarin et al 1992 :

807-810) พบว่าผู้บริจาคไตมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดหลังการบริจาคไตสูงกว่าก่อนการบริจาคไต แต่ค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดทั้งก่อนและหลังการบริจาคไตดังกล่าวต่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 95.6 มีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดทั้งก่อนและหลังการบริจาคอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนาจาเรียนและคณะ (Najarian et al 1992 : 807-810) พบว่าหลังการบริจาคไตผู้บริจาคไตมีระดับไนโตรเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดหลังบริจาคไตสูงกว่าก่อนบริจาคไต แต่ค่าเฉลี่ยระดับไนโตรเจนในเลือดทั้งก่อนและหลังการบริจาคไตดังกล่าวต่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีไตเหลือเพียงข้างเดียว แต่ไตข้างที่เหลือก็ยังทำงานได้เป็นปกติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของเบรนนอร์และคณะ (Brenner et al 1985 : 365) สรุปว่า ผู้บริจาคไตคาดหวังได้ว่าไตที่เหลือเพียงข้างเดียวจะมีความทำงานเป็นปกติได้นานมากกว่า 30 ปี อย่างไรก็ตามการประเมินการทำงานของไตจากระดับไนโตรเจนในเลือดอาจได้ผลไม่แน่นอนเนื่องจากการได้รับอาหารประเภทโปรตีนมากเกินไปหรือจากการขาดน้ำ (Smith 1992 : 57-58)

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาคไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 20 มีระดับโปรตีนในปัสสาวะสูงกว่าปกติ หรือพบโปรตีนในปัสสาวะ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีในต่างประเทศที่พบว่า ผู้บริจาคไตมีโปรตีนในปัสสาวะร้อยละ 23-39 (Hakim et al 1984 : 266-270 ; Miller et al 1984 : 266-270 ; Najarian et al 1992: 807-810 ; Talseth et al 1986 :1072-1076) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้พบโปรตีนในปัสสาวะน้อยกว่าการศึกษาที่มีในต่างประเทศ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังการบริจาดไตแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะหลังการบริจาดไตอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ แสดงว่าหลังการบริจาดไตผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่มีไตปกติหรือไม่พบพยาธิสภาพที่ไต เช่น มีการอักเสบหรือมีความผิดปกติของโกลเมอรูลัสที่ทำให้มีโปรตีนผ่านออกมาในปัสสาวะ

สำหรับการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีระดับโปรตีนในปัสสาวะภายหลังการบริจาดไตที่สูงกว่าปกติอาจเกิดจากวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีสังเกตค่าจากแถบสี Dipstick แทนที่จะใช้วิธีการตรวจปัสสาวะใน 24 ชม. ซึ่งเป็นวิธีที่ให้ผลแน่นอนกว่า การตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะโดยใช้วิธีสังเกตค่าจากแถบสี (Dipstick) เป็นการตรวจวัดความเข้มข้นของโปรตีน ซึ่งเป็นการแสดงค่าสัมพัทธ์ระหว่างความหนาแน่นของมวลโปรตีนต่อน้ำปัสสาวะ กล่าวคือถ้าผู้ที่มีน้ำปัสสาวะน้อย เช่น ภาวะขาดน้ำ ปัสสาวะอาจมีความเข้มข้นของโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การวัดโปรตีนในปัสสาวะได้ค่า trace หรือ +1 ในขณะที่ถ้าใช้วิธีการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชม.ระดับโปรตีนในปัสสาวะจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (เกรียง ตั้งสง่า 2537 : 4) อนึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจโปรตีนในปัสสาวะ โดยเก็บส่งตรวจในตอนบ่าย การมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจอาจเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำปัสสาวะน้อย ประกอบกับได้รับการตรวจโปรตีนในปัสสาวะด้วยวิธีสังเกตค่าจากแถบสี (Dipstick) จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับโปรตีนในปัสสาวะที่สูงกว่าปกติ ดังนั้นถ้าต้องการให้ได้ผลที่แน่นอนควรจะส่งตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชม.ซ้ำอีกครั้ง

ระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังการบริจาดไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาวินเซนไท (Vincenti et al 1983 :626-629) พบว่า ผู้บริจาดไตมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังการบริจาดไตไม่แตกต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนบริจาดไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.8 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการบริจาดไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและ

หลังการบริโภคไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวินเซนไทและคณะ (Vincenti et al 1983 : 626-629) และนาจาเรียนและคณะ (Najarain et al 1992 : 807-810) พบว่า ผู้บริโภคไตมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริโภคไตไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการบริโภคไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.6 มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการบริโภคไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังบริโภคไตไม่แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังบริโภคไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งค่าดังกล่าวใกล้เคียงกับผลการสำรวจความดันโลหิตผู้ใหญ่ไทยปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล 2532 : 129) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่มีไตเพียงข้างเดียวไตข้างเดียวนั้นยังสามารถทำหน้าที่ได้เช่นเดียวกับคนปกติ คือควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

อย่างไรก็ตามการศึกษารังนี้พบกลุ่มตัวอย่าง 1 รายมีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่าปกติ และ 2 รายมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าปกติ (ตารางที่ 4) ทั้งนี้การเกิดความดันโลหิตสูงนอกจากอาจเกิดขึ้นโดยที่มีสาเหตุ (Secondary hypertension) เช่น โรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การเกิดความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีทราบสาเหตุ (Primary hypertension) ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ อายุ อาหาร โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล 2535 : 137-138) จากการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว 2 รายมีระดับครีเอตินินในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือดปกติและไม่พบระดับโปรตีนในปัสสาวะ แต่พบว่ามียาอยู่ระหว่าง 43-53 ปี มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและขาดการออกกำลังกายหรือทำงานลดลงภายหลังบริโภคไต และพบว่ามีกรดื่มน้ำและสูบบุหรี่จัด 1 ราย จึงอาจตั้งข้อสังเกตได้ว่าปัจจัยต่างเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงแม้จะไม่ปรากฏอาการออกมา ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีก 1 รายพบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะ +3 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอายุ 53 ปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ จึงอาจสรุปได้ว่าการเกิดความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่มีส่วนเกี่ยวกับการเหลือไตเพียงข้างเดียว อย่างไรก็ตามพยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูก

ต้อง ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้บริจาคไต และควรสนใจติดตามผลเป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่พบความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กล่าวโดยสรุป การบริจาคไตไม่มีผลกระทบต่อความดันโลหิต ผู้บริจาคไตสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

ความผาสุก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกอยู่ในระดับสูง หรือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกค่อนข้างสูง ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาในประเทศไทย ที่ใช้เครื่องมือแบบเดียวกันและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีความเจ็บป่วยซึ่งคล้ายคลึงกับผู้บริจาคไตคือ ในบิดามารดาของบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี (วิมลวัลย์ วโรฬาร 2535) ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (ภิภาวรรณ ชะอุ่ม 2536) ในกลุ่มอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ 2532) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้บริจาคไตส่วนใหญ่ไม่ต้องเผชิญกับความเครียดในภาวะวิกฤตเช่น ในบิดามารดาของบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี หรือภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นเช่น ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา หรือความเครียดในหน้าที่การงานที่มีความรับผิดชอบสูงเช่น อาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ในทางกลับกันสำหรับผู้บริจาคไตการบริจาคไตนอกจากจะไม่ก่อให้เกิดความเครียดแล้ว ผู้บริจาคไตส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกที่ดีต่อการบริจาคไต (Kamastra et al 1981 : 60-61) ผู้บริจาคไตทั้งหมดดีใจที่ได้บริจาคและร้อยละ 23 มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้รับไตมากขึ้น (Gouge et al 1990 : 2409-2413) ทำให้ผู้บริจาคไตได้รับความรัก ความอบอุ่นเกิดความผาสุก

กลุ่มตัวอย่างนอกจากจะมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกค่อนข้างสูงแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.6 มีความผาสุกอีกด้วย หรืออาจสรุปได้ว่าผู้บริจาคไตส่วนใหญ่มีความผาสุก ผลการศึกษาค้นว่าสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้บริจาคไตมีความผาสุก (Fellner1968 ; Higgerson 1982 ; Mashall 1977 ; Simmons 1977 cited in Gouge et al 1990 :2411-2412)

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกอาจเนื่องจาก เมื่อผู้บริจาคไตตัดสินใจบริจาคโดยไม่หวังผลตอบแทนและบริจาคโดยเห็นแก่ผลประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่ตั้ง (Altruistic) โดยมีความรู้สึกว่าการบริจาคไตนั้นเป็นการช่วยชีวิต ผู้บริจาคย่อมมีความสุขและมีความภูมิใจ (สุชาติ พหลภาคย์ 2535: 87-96) และมีความผาสุกซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนโดยไม่หวังผลตอบแทน (Gift Exchange Theory) ของแมส (Mass 1993 cited in Sque 1994 : 46) เกี่ยวกับพันธะที่ให้ พันธะที่รับและพันธะที่ต้องทดแทน พันธะทั้งสามต่างมีความสมดุลกัน แมสกล่าวว่า การให้ร่างกายบางส่วนของตนเองหรือจิตวิญญาณของตนแก่ผู้อื่น การให้ดังกล่าวจะสร้างความผูกพันระหว่างผู้ให้และผู้รับ สำหรับผู้รับย่อมได้รับแรงกดดันทางสังคมและศีลธรรมจรรยาที่ต้องตอบแทนแก่ผู้ให้อย่างเท่าเทียมกัน ผลที่ตามมาภายหลังการบริจาค คือผู้บริจาคไตมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและมีความผาสุก (Simmons & Anderson 1982 : 9-12 ; Younger 1992 :162)

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพในรูปความผาสุก

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตกับแรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่า การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต ($r = .82, p < .001$) และการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต ($r = .65, p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีจะรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของพากานา (Pagana 1990 : 255-261) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เริ่มฝึกงานพยาบาลในคลินิกว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดลง (Lazarus & Folkman 1984 : 156-164) และการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือ สามารถเป็นเกราะป้องกันและบรรเทาความเครียดได้ (Cohen & Wills 1985 : 309-310) การที่ผู้บริจาคไตประเมินตัดสินใจการบริจาคไตไปในทางที่ดี เช่น รู้สึกว่าการบริจาคไตก่อให้เกิดความเครียด ทำให้มีความใกล้ชิดผูกพันใกล้ชิดกับผู้รับไตมากขึ้น ทำให้ตนเองมีค่า และ

แม้ว่าตนเองจะเจ็บป่วยก็สามารถหาทางแก้ปัญหาต่างๆได้ จึงมีผลต่อการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรู้สึกว่าคุณเองมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งเป็นความช่วยเหลือที่ตนเองอาจไม่ได้คาดหวังไว้

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้บริจาคไต แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีจะรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอาจคาดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือจากการบริจาคไตมาก แต่ตนเองกลับรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือมากเท่าที่ควร จึงก่อให้เกิดความเครียด ขาดความสมดุลระหว่างความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ อาจกล่าวได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาได้เช่น ขาดความช่วยเหลือในทางการเงิน ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ หรือการสนับสนุนช่วยเหลือด้านความรักความอบอุ่นดังที่ตนต้องการจากผู้รับไต และเครือข่ายของสังคม ทำให้ขาดกำลังใจในการเผชิญปัญหาเป็นเหตุให้ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดี

การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตกับความผาสุก

จากการศึกษาพบว่า การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาคไต ($r = .60, p < .001$) และการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้บริจาคไต ($r = -.43, p < .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดีจะมีความผาสุกมาก สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984 : 22-54) ที่ว่าการประเมินตัดสินใจเป็นกระบวนการรู้สึกนึกคิดพิจารณาตัดสินใจความสำคัญของเหตุการณ์ต่อความสวัสดิภาพของตนและมีผลต่อภาวะสุขภาพในรูปความผาสุก การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินตัดสินใจว่าการบริจาคไตเป็นสิ่งที่ทำลาย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจแม้ว่าการเหลือไตเพียงข้างเดียว อาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้และให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจขึ้นเกิดความผาสุก นอกจากนี้การประเมินตัดสินใจว่าการบริจาคไตเป็นผลดีแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างพิจารณาการบริจาคไตเป็นผลดีต่อความผาสุกของตนเอง ด้วยเหตุที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จึงอาจอธิบายสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกภายหลังบริจาคไต ตามหลักพุทธศาสนาที่เชื่อว่าการบริจาคอวัยวะเป็นการบำเพ็ญ

บุคคลอันยิ่งใหญ่ที่เรียกว่าอุปการมีทาน ก่อให้เกิดผลบุญแก่ผู้บริจาค (โสภณ จิร-สิริธรรม 2537 : 46-47) เมื่อผู้บริจาคใดเชื่อว่าได้นำเพ็ญอุปการมีทาน อันเป็นการบำเพ็ญกุศลอันยิ่งใหญ่ ผู้บริจาคใดย่อมรู้สึกว่าได้บุญ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดีใจที่ได้บริจาคใด ทั้งยังทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีค่าและมีความสุข และมีความใกล้ชิดผูกพันกันระหว่างผู้บริจาคใดและผู้รับใดมากขึ้น (ภาคผนวก ข) ซึ่งส่วนแล้วแต่ก่อให้เกิดความผาสุก สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้บริจาคใดรู้สึกดีใจที่ได้บริจาคใด รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความใกล้ชิดผูกพันระหว่างผู้บริจาคใดและผู้รับใดมากขึ้น (Fellner 1979 cited in Gouge et al 1990 : 2411 ; Gouge et al 1990 : 2409-2413 ; Kamastra et al 1981 : 60-61) เกิดความผาสุก (Fellner 1968 ; Higgerson 1982 ; Mashall 1977 ; Simmons 1977 cited in Gouge et al 1990 :2411-2412)

กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคใดในทางที่ไม่ดีจะมีความผาสุกน้อย ซึ่งประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคใดในทางที่ไม่ดีประกอบด้วยการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคใดว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและเป็นภาวะคุกคาม โดยอาจเกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และวิตกกังวลว่าใดที่เหลือจะทำงานได้ไม่เต็มที่ จึงรู้สึกเสียใจที่ได้บริจาคใดซึ่งมีผลต่อความผาสุกในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของซิมมอนส์ที่พบว่าผู้บริจาคใดบางส่วนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองในอนาคต (Simmons 1977 cited in Smith 1986 :230-231) สรุปได้ว่าการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคใดมีผลต่อความผาสุกของผู้บริจาคใด

แรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุก

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาคใด ($r = .64, p < .001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมากทำให้เกิดความผาสุก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในเด็กวัยรุ่น (Yacheski et al 1994 :288-292) ในหญิงชาวอเมริกัน (Pugliesi 1989 :87-100) และในผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Baillie et al 1988 : 217-222) ซึ่งส่วนแต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ทั้งนี้เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้บริจาคใดได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพันตระหนักถึงคุณค่าในตนเองทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข แม้ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้บริจาคใดเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุขได้

กล่าวโดยสรุปผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984) ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้บริจาคไตได้ โดยสรุปได้ว่าผู้บริจาคไตส่วนใหญ่มีการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตในทางที่ดี รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมากและมีความผาสุกมาก

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกในการศึกษาค้นคว้านี้ โดยเฉพาะการประเมินความดันโลหิตก่อนบริจาคไต ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จำเป็นต้องใช้ข้อมูลทุติยภูมิ โดยนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้บริจาคไตที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนระหว่างมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมก่อนการบริจาคไตเป็นความดันโลหิตก่อนการบริจาคไต ส่วนการประเมินความดันโลหิตหลังการบริจาคไต ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จึงอาจมีข้อบกพร่องด้านความตรงภายใน ทั้งตัวผู้วัด เครื่องมือที่ใช้วัดความดันโลหิตรวมทั้งวิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวัด
2. การตรวจโปรตีนในปัสสาวะในการศึกษาค้นคว้านี้ ใช้วิธีสังเกตผลจากแถบสี (Dipstick) ซึ่งเป็นการตรวจผลอย่างคร่าวๆ อาจไม่ได้ผลที่แน่นอนเหมือนตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชม.
3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย กลุ่มตัวอย่างจึงมิได้เป็นตัวแทนของผู้บริจาคไตทั้งหมด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงผู้บริจาคไตจากสถาบันอื่น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไต แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพได้แก่ สุขภาพกายและความผาสุกของผู้บริจาไต ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไต แรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาไต โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริจาไตไปข้างหนึ่งซึ่งมารับการตรวจที่คลินิกเปลี่ยนไตหรือคลินิกศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงเดือนมีนาคม 2538 ถึงเดือนพฤษภาคม 2538 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้คือ 1) เป็นผู้บริจาไตที่ได้รับการผ่าตัดเอาไตออกไปข้างหนึ่งและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 2) เข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีปัญหาด้านความรู้สึนึกคิด เช่น ปัญญาอ่อน 3) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกายก่อนการบริจาไตครบถ้วน 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวน 45 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนและจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาไต แบบวัดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาไตมีคำถาม 22 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้บริจาไตจำนวน 10 คน และ 45 คน ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ 3) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของแบรนดและไวเนิร์ท ตามแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ซึ่งจิรภา หงส์ตระกูล (2532) ได้แปลและปรับปรุง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้บริจาไตจำนวน 10 คนและ 45 คน ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ 4) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและความ

ผาสุก โดยสุภาพกาย ใช้แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจร่างกาย ได้แก่ ระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการบริจาดไต ส่วนความผาสุกใช้แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของดูปาย ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2532) ได้แปลเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้บริจาดไตจำนวน 10 คน และ 45 คน ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากันคือ 0.92

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด วิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS / PC⁺

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาดไตส่วนใหญ่มีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาดไตในทางที่ดีร้อยละ 95.6 รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก นอกจากนี้ผู้บริจาดไตส่วนใหญ่มีสุขภาพกายดี โดยมีระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกทั้งก่อนและหลังการบริจาดไตส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่เดียวกันก็พบว่า ระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด และระดับโปรตีนในปัสสาวะก่อนและหลังบริจาดไตของผู้บริจาดไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; $p < .001$; $p < .01$ ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะสูงกว่าก่อนการบริจาดไต ส่วนระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังการบริจาดไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริจาดไตส่วนใหญ่ร้อยละ 75.6 มีความผาสุกมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาดไต แรงสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้บริจาดไต พบว่า การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาดไตไปในทางที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาดไต ($r = .82$, $p < .001$; $r = .60$, $p < .001$ ตามลำดับ) และการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาดไตไปในทางที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้บริจาดไต ($r = -.65$, $p < .001$; $r = -.43$, $p < .01$ ตามลำดับ) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้บริจาดไต ($r = .64$, $p < .001$) กล่าว

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความตรงตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน ในส่วนที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตัดสิน แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา และความผาสุกซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกภาวะสุขภาพทางใจของผู้บริจาคไต

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักถึงภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในรายที่มีระดับครีเอตินีนในเลือด ระดับไนโตรเจนในเลือด ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมในแต่ละรายและให้ความสำคัญติดตามผลในระยะยาวต่อไป แม้ว่าจากการวินิจฉัยของแพทย์จะไม่พบความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับไตก็ตาม

2. จากการศึกษาพบว่า การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ดังนั้นควรที่จะมีการนำแบบประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตมาใช้ในผู้บริจาคไต เพื่อที่จะได้หาทางช่วยเหลือผู้ที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไตไปในทางที่ไม่ดี โดยคำนึงถึงแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาที่สำคัญ เช่น การส่งเสริมความรัก ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างผู้บริจาคไตกับผู้รับไตหรือบุคคลในครอบครัว การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังบริจาคไต เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความผาสุกของผู้บริจาคไต

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรให้นักศึกษาได้มีโอกาสศึกษาทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน เพื่อตระหนักถึงลักษณะของการประเมินตัดสินของบุคคล รวมทั้งการนำแหล่งประโยชน์ในการ

เผชิญปัญหามาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี

ด้านการทำวิจัย

1. ควรทำการศึกษาซ้ำในเรื่อง แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินตัดสินในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น ผู้บริจาคอวัยวะอื่นๆ เพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงตามทฤษฎีของตัวแปรที่ศึกษา รวมทั้งทราบถึงการประเมินตัดสินของกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่อาจจะมีการประเมินตัดสินที่แตกต่างกัน
2. ควรทำการศึกษาซ้ำและเปลี่ยนแปลงการวิจัยเป็นการศึกษาติดตามผลในระยะยาว ตั้งแต่ก่อนบริจาคไต เพื่อทราบถึงข้อมูลทางคลินิกและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อ การบริจาคไต รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบการประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพก่อนและหลังบริจาคไต
3. ควรมีการวิจัยซ้ำในสถาบันอื่น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้สรุปอ้างอิงกับผู้บริจาคไตทั้งหมดของประเทศไทย



บรรณานุกรม

- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- กัณธดา สุทวิวิธรรค์. ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- เกรียง ตั้งสง่า . “การตรวจปัสสาวะขั้นต้น”. เอกสารประกอบการสอนวิชาอายุรศาสตร์โรคไต หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (2537) : 4 .
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จินตนา ญินพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : 2529.
- ทวี ศิริวงศ์. การเปลี่ยนไต: หลักการและวิธีการ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2535.
- ทวีรัชมี ธนาคม. ครอบครัวสัมพันธ์. สมาคมคนเคเรชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2524.
- พรพิศ ชีวะคำนวน. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ไพบุลย์ บุญญะพานิชกุล. “Renal Transplantation part 1 : Donor management.” วารสารยูโร. 11 (ธันวาคม 2530) : 73-84.
- นงนุช บุญยัง. การะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- ประสพสุข ศรีแสนปาง. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคมและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม.ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- วิมลวัลย์ วโรฬาร. การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญความเครียดและความผาสุก โดยทั่วไปของบิดา-มารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วันดี เสวตมาลย์.การวิเคราะห์ผลการตรวจและอภิปรายวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ระบบปัสสาวะ ใน การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องทดลองปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง ไม่น้อยพงศ์ (บรรณาธิการ), กรุงเทพฯ : 2532.
- ศรีสมร ภูมณสกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ศรีธญา เบญจกุล.บุคคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- โสภณ จิรสิริธรรม. " ข้อดี ข้อเสียของการบริจาคไต ." วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. 8 (กรกฎาคม 2537): 46-48.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติและพรรณวดี พุทธิมานะ. "สิ่งรบกวนในชีวิต ประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย." วารสารพยาบาล. 38 (กรกฎาคม-กันยายน 2532): 169-190.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วีเจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล. " การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง " ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : วีเจ.พรินติ้ง, 2536.

- สุชาติ พหลภาคย์. "จิตเวชศาสตร์กับการเปลี่ยนไต." วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 37 (เมษายน-มิถุนายน 2535) : 87-96.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อภายในตนเอง-ภายนอกตนเอง ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สุภาณี กาญจนจारी. " การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ " ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 1. สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : วีเจ.พรินติ้ง, 2536.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ . จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2538.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- Anderson, V.E ,Velosa,J.A.,Torres,V.E.et al. " Long-term Renal Status of Kidney Donors Calculated Small Risk of Kidney Donation." Transplantation Proceeding.17 (February 1988): 100-103.
- Baillie,V., Norbeck, J. S., Barnes,L. E. A. "Stress, Social Support, and Psychosocial Distress of Family Care Givers of Elderly." Nursing Research. 37 (July - August 1988) : 217-222.
- Berkman, L. F. & Syme, S.L. "Social Networks, Host Resistance and Mortality : A Nine-Years Follow-Up Study of Alameda County Residents." American Journal of Epidemiology. 109 (February 1979): 202-203.
- Brandt, P. A. & Weinert, C. "The PRQ 85 A Social Measure." Nursing Research . 20 (September-October 1981): 277-280.
- _____. "Measure Social Support with the PRQ." Western of Nursing Research. (1987) : 273.
- Brenner, B. M. "Hemodynamically Mediated Glomerular Injury and The Progressive Nature of Kidney Disease." Kidney Internal. 23 (1983): 647.

- Brenner, B. M., Anderson, S., Meyer, T. W. "The Role of Hemodynamic Factors in the Initiation and Progression of Renal Disease." Journal of Urology. 133 (March 1985): 363-368.
- Brown, M. A. "Social support during pregnancy : An unidimensional or multidimensional construct?." Nursing Research. 35 (January- February 1986); 4-9.
- Cassel, J. " The Contribution of Social environment to host resistant." American Journal of Epidemiology. 104 (1976): 176.
- Callaghan & Morrisdy. " Social Support: A Review." Journal of Advance Nursing. 18 (1993): 203-210.
- Caplan, R.D. "Patient , Provider, and Organization: Hypothesized Determinants of Adherence ." In New Directions in Patient Compliance. Edited by Cohen ,S.J. Lexington: D.C. Health & Company, 1977.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., Hughes, S. H. "Appriasal and Care Giving Burden in Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy." Oncology Nursing Forum. 18 (1991): 1341-1347.
- Cobb, S. "Social Support as a modurator of life stress." Psychosomatic Medicine. 38 (September-October 1976): 300-314.
- Cohen, S. & Syme, S. L. Social support and Health. Academic Press. 1985.
- Cohen, S. & Wills, T. A. " Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (Februry 1985): 310-357.
- Crawford, G. "Support Networks and Health - Related Change in the Elderly : Theory-Based Nursing Strategies." Family & Community Health. 10 (August 1987) : 39-48.
- Davis, F. D. "Organ Procurement and Transplantation." Nursing Clinic of North America. 24 (December 1989) : 823-835.
- Diener, E. "Subjective Well-Being." Psychological Bulletin. 95 (3) (1984): 542-575.
- Dirkson, S.K. "Theoretical Modeling to Predict Subjective Well-Being." Western Journal of Nursing Research. 12 (5) (1990): 629-643.
- Dupuy, H. J. "The General Well-Being Schdule." Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaire. (1977): 125-130.

- Friedman, M.M. "Social Support Source and Psychological Well-Being in Older Woman with Heart Disease." Research in Nursing & Health. 19 (1993): 405-413.
- Fyle, M. W. Principle of Organ Transplant. Philadelphia: W.B.Saunders Company,. 1989.
- Gass, K. A. & Chang, A. S. "Appraisal or Bereavement, Coping, Resources and Psychosocial Health Dysfunction in Widow and Windowers." Nursing Research. 38 (January - February 1989) : 31-36.
- Gibson,C.H. " A Revised Conceptualization of Social Support." Journal of Clinical Nursing. 1 (1992): 147-152.
- Gouge, F. Moore,J. , Bremer,B.A.,McCauly,C.R. & Johnson,J.P. "The Quality of Life Donor, Potential Donors and Recipients of Living-Related Donors Renal Transplantation" Transplantation Proceeding. 22 (October 1990): 2409-2413.
- Hakim,R.M. Goldzer ,R.C. & Brenner ,B.M. "Hypertention and proteinuria : Long-term sequele of uninephrectomy in humans. " Kidney Internal. 25 (1984): 930-936.
- Haley, W. E. ,Levine,S.A. ,Brown,S.L.& Bartolucci,A.A. "Stress, Appraisal, Coping and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers." Psychological Aging. 2 (December 1987):323-330.
- Hubbard, P. Muhlenkamp, A. F. & Brown, N. "The Relationship Between Social Support and Self-care Practice." Nursing Research. 33 (September-October 1984): 266-269.
- Janet, Barnfather & Lyan, B.L. Stress and Coping : State of The Science and Implication for Nursing Theory,Research and Practice. Sigma Theta Tau International: 1993.
- Kamstra-Henner, L., Beebe, L.,Stunm, S. & Simmons, R.G. " Ethical Evaluation of Relation Donation : The Donor After Five Years." Transplantation Proceeding. 8 (March 1981): 60-61.
- Kammer, C. H. "Stress and Coping of Family Members Responsible for Nursing Home Placement." Reserch in Nursing & Health.17 (1994): 89-98.
- Kee, J.L. " Laboratory and Diagnostic Tests with Nursing Implications."2 nd ed Norwalk Connecticut : Appleton & Lange ,1987.
- King, M. I. "Health as the Goal of Nursing." Nursing Science Quarterly. (1991): 123-128.
- Lazarus, R, S. Emotion and Adaptation. New York: Oxford university Trsee, 1991.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Spring Publishing Company, 1984.
- Mac Elveen, P. "Social network: In Clinical Practice in Psycho-social Nursing." Assessment and Intervention. Edited by Longo D.C. and William, R. A. New York: Appleton-Century Crofts 1978: 319-337.
- Mandefield, H. "Transplantation. Tissue of Progress." Nursing Times. 16 (April 1993): 26.
- Miller, J. J. et al. "Impact of Renal Donation." The American Journal of Medicine. 79 (August 1985): 201-208.
- Molzahn, E. "Long-term Quality of Life After Kidney Transplantation." Journal of Advance Nursing. 16 (1991): 1042-1047.
- Morris, P. J. Kidney Transplantation Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.
- Najarian, J. S. Chaver, B. M., McHugh, L. E. & Matas, A. R. "20 Years or More of Follow up of Living Kidney Donor." The Lancet. 310 (October 1992): 807-810.
- Neundorfer, M. Mc. C. "Coping and Health Outcome in Spouse Caregivers of Persons with Dementia." Nursing Research. 40 (September 1991): 250-255.
- Oberst, M. T. "Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers." Cancer Nursing. 12 (1989): 209 - 215.
- Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. St Louis: Mosby - Year Book, Inc., 1991.
- Pagana, K. D. "The Relationship of Hardiness and Social Support to Study Appraisal of Stress in an Initial Clinical Nursing Situation." Journal of Nursing Education. 29 (June 1990): 255-261.
- _____. "Stress and Threat Report by Baccalaureate Student in Relation to and Initial Clinical Experience." Journal of Nursing Education. 27 (November 1988): 418-424.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California: Appleton & Lange, 1987.
- Pereyman, J. P & Stillerman, P. U. "Kidney Transplantation". Tissues and Organ Transplantation. Susan, S. L. (Eds). Mosby Imprint of Mosby Year Book. 1990.
- Powers, A. M. "Renal Transplantation: The Patient's Choice." The Nursing Clinics of North

- America (September 1981) : 551-564 .
- Pugliesi, K. "Social Support and Self esteem as Intervening Variables in Relationship Between Social Roles and Women's Well-Being". Community Mental Health Journal. 25 (2) (Summer 1989) :87-100.
- Rodin, G.M. & Abbey, S. "Kidney Transplantation." In Psychiatric Aspect of Organ Transplantation. Edited by Craven, J & Rodin, G.M. Oxford Medication Publication, 1992.
- Roy, C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. 2nd ed. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1984.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazarus, R.S. "The Health-Related Functions of Social Support." Journal of Behavioral Medicine. 4 (January 1981): 381-406.
- Simmons, S.J. " Health : a concept analysis" Internal Journal Nursing Student. 26 (2) (1989): 155-161.
- Simmons, R.G. & Anderson, C.R. "Related Donor and Recipients: Five to Nine Years Post-Transplantation." Transplantation Proceedings. 16 (March 1982): 9-12.
- Smith, J. "The Idea of Health: A Philosophical Inquiry." Advance in Nursing Science. 3 (1981) : 43-50.
- Smith, M.D., Kappeil, D.F., Province, M.A. et al. "Living Related Kidney Donors : A Multicenter Study of Donor Education, Socioeconomic Adjustment and Rehabilitation." American Journal of Kidney Disease. 8 (October 1986): 223-233.
- Sque, M. & Payne, S. A. "Gift exchange Theory: a critique in relation to organ transplantation." Journal of Advanced Nursing. 19 (1994): 45-51.
- Sutherland, D. E. R. " Living Related Donor Should be Used Whenever Possible." Transplantation Proceedings. 17 (February 1985) : 1503-1509.
- Talseth, T., Fauchald, P., Skrede, S. et al. " Long-term Blood Pressure and Renal Function in Kidney Donor." Kidney International. 29 (1986): 1072-1076.
- Tanagho, E.A. & McAninch, J. W. " Urologic Laboratory Examination." In Smith's General Urology. Edited by Smith . Appleton & Lange A Publishing Division of Prentice Hall , 1992.
- Task Force on Organ Transplantations. Organ Transplantation: Issues and Recommendations

- : Report on The Task Force of Organ Transplantation. Rockville, Md : Health Resources and Service Administration, 1986.
- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support are a Buffer Against life stress. Journal of Health and Social behavior. 23 (June 1982) : 145-159.
- Tilden, V.P. " Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory ." Research in Nursing and Health. 8 (1985): 199-206.
- Tilden, V.P. & Weinert C. "Measurment of Social Support Assesment of Validity." Nursing Research. 39 (July-August 1990): 212-215.
- Weinert, C. "A Social Support Measure : PRQ 85." Nursing Research. 36 (September-October 1987): 273-277.
- Weiss. " The Provisions of Social Relationship." In Doing unto others Edited by Rubin,Z. New Jersey : Practice Hall, 1974.
- William, S. L., Oler & Jorkasky, D.K. "Long-term Renal Function in Kidney donors: A Comparison of Donor and Their Sibling." Annals of Internal Medicine. 105 (July 1986): 1-8.
- Wartman, C. B. "Social Support in the cancer patient : Conceptual and Methodological issue." Journal of American cancer Society. 53 (March 1984): 2339-2360.
- Vincenti, F., Amend ; W. J. C., Feduska , N., Birnbarem,J., Duck,R & Banidantierre,O. "Long-term Renal Function in Kidney Donors." Transplantation. 36 (1983): 626-629.
- Yarcheski, A., Scoloveno, M. A. & Mahon, N .E. " Social Support and Well-being Adolescents: The Mediating Role of Hopfulness." Nursing Research. 43 (September-October 1994): 288-292.
- Younger, S. "Organ Donation and Procurement." In Psychiatric Aspects of Organ Transplantation. Edited by Craven,J & Rodin, J. M. . Oxford Publication .1992.



ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการตรวจเลือด ตรวจสุขภาพร่างกายและตอบแบบสอบถามภายหลัง
บริจาคไต

เรียน ผู้บริจาคไต

ดิฉัน นางสาวสุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ นักศึกษาพยาบาลปริญาโท ภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัย
เรื่อง การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้
บริจาคไตเนื่องจากเล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไตภายหลังการบริจาคไต
แล้ว เพื่อประโยชน์แก่ตัวท่านเองและเพื่อนำประโยชน์จากข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการ
วางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ดิฉันใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยด้วยการเข้ารับการตรวจเลือด ตรวจร่างกาย
และตอบแบบสอบถาม โดยท่านจะไม่ได้รับผลเสียใด ๆ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ
หากท่านไม่สะดวก สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลต่อ
การรักษาแต่ประการใด

ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการตรวจเลือด ตรวจร่างกายและ
ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 แบบวัดการ
ประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต ชุดที่ 3 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล และชุดที่
4 แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป การตอบแบบสอบถามนี้จะไม่ถูกหหรือผิดและหากเกิดความไม่เข้า
ใจขณะตอบแบบสอบถามท่านสามารถสอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ ข้อมูลทั้งหมดจากการ
ตอบแบบสอบถามจะเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะเป็นผลสรุปของการศึกษาทั้งหมด

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย หย่า แยก

11. ความสำเร็จของการเปลี่ยนไต

() 1. สำเร็จ

() 2. ล้มเหลว

12. ปัจจุบันไตที่ท่านบริจาคยังสามารถทำงานได้ในผู้บริจาคไตหรือไม่

() 1. สามารถทำงานได้

() 2. ไม่สามารถทำงานได้

13. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือไม่

() 1. มี โปรดระบุ _____

() 2. ไม่มี

ภาคผนวก ค
แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการบริจาคไต

คำชี้แจง: ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการบริจาคไต โดยทำเครื่องหมาย (√) ในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด มี 5 ระดับคือ

ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ตรงมากพอสมควร	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร
ตรงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
ตรงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
ไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ไม่ ตรง เลย	ตรงบ้าง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรงมาก พอสมควร	ตรงมาก ที่สุด
1.ฉันรู้สึกว่าการบริจาคไตเป็น ประสบการณ์ที่ดีในชีวิตที่ได้ช่วย เหลือผู้อื่น					
2.ฉันเชื่อว่าการบริจาคไตเป็น การทำบุญอันยิ่งใหญ่					
3.ฉันคิดว่าการบริจาคไตทำให้ ตัวฉันมีค่า					
4.ฉันรู้สึกว่าการเหลือไตเพียง ข้างเดียวเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ของฉัน					
22. ฉันรู้สึกดีใจที่ได้บริจาคไต					

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล

คำชี้แจง: แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยข้อกำหนดจำนวน 25 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องซึ่งตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	รู้สึกเฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอับอาย							
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่ม							
3. คนส่วนมากบอกว่าฉันทำงานดี							
23. ฉันมีความรู้สึกที่ฉันเป็นที่ต้องการของผู้อื่น							
24. คนส่วนมากคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควร							
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย จะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองแก่ฉันได้							

ภาคผนวก จ
แบบบันทึกภาวะสุขภาพกาย

ข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตก่อนการบริจาคไต จากเวชระเบียน
(ผู้วิจัยเป็นผู้กรอก)

1. ระดับครีเอตินีนในเลือด _____ มก./ ดล.
2. ระดับไนโตรเจนในเลือด _____ มก./ ดล.
3. ระดับโปรตีนในปัสสาวะ _____
4. ระดับความดันโลหิต _____ มม.ปรอท

ข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตหลังการบริจาคไต

1. ระดับครีเอตินีนในเลือด _____ มก./ ดล.
2. ระดับไนโตรเจนในเลือด _____ มก./ ดล.
3. ระดับโปรตีนในปัสสาวะ _____
4. ระดับความดันโลหิต _____ มม.ปรอท

ภาคผนวก จ
แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป

ตอนที่ 1

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามตอนที่ 1

แบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความใน () ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว คำตอบของท่านไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีเพียงข้อเดียวคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงในชีวิตของท่าน

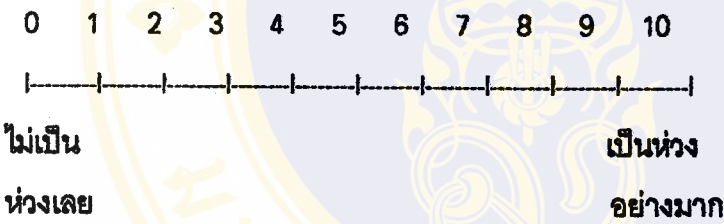
1. โดยทั่วไปท่านมีความรู้สึกอย่างไร (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
 0. () รู้สึกเบื่อบานใจอย่างที่สุด
 1. () รู้สึกเบื่อบานใจมาก
 2. () รู้สึกเบื่อบานใจเป็นส่วนใหญ่
 3. () จิตใจห่อเหี่ยวและเบื่อบานพอ ๆ กัน
 4. () จิตใจห่อเหี่ยวเป็นส่วนใหญ่
 5. () จิตใจห่อเหี่ยวอย่างมาก

14. ท่านรู้สึกเหนื่อย หมดแรงเหมือนถูกใช้พลังไปหมดหรือหมดแรงกายแรงใจ บ่อยเพียงใด (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
 0. () เป็นตลอดเวลา
 1. () เกือบตลอดเวลา
 2. () มีบ้างไม่มีบ้างพอ ๆ กัน
 3. () มีน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
 4. () ไม่ค่อยมี
 5. () ไม่เป็นเลย

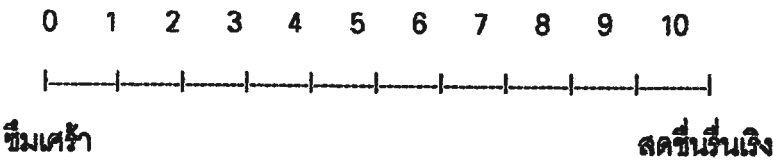
ตอนที่ 2
คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามตอนที่ 2

ใน 4 ข้อต่อไปนี้เป็นคำถามความรู้สึกต่าง ๆ ของท่าน ในแต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้ท่านเลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่ตำแหน่งเลข 0 และ 10 จะมีข้อความที่บ่งบอกถึงลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขกลางจาก 1 ถึง 9 จะบ่งบอกถึงความหมายของความรู้สึก โดยอาศัยข้อความตรงตำแหน่งเลข 0 และ 10 เป็นเกณฑ์ กรุณาวางรอบตัวเลขบนเส้นตรงที่ตรงหรือใกล้เคียง กับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

15. ท่านเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)



18. อารมณ์หรือความรู้สึกโดยทั่ว ๆ ไปของท่านเป็นอย่างไร (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

- ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล วท.บ. (พยาบาล), M.S.N. (Medical Surgical Nursing),
Ph.D. (Nursing) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ไสภณ จิรศิริธรรม วท.บ. (แพทยศาสตร์), วว. (ศัลยศาสตร์ทั่วไป)
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดร.ยุพาพิน ศีระโพธิ์งาม วท.ม.(พยาบาล), ค.ม. (การบริหารการพยาบาล) , M.S.N. (Medical
Surgical Nursing), Ph.D. (Nursing) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- อาจารย์ รุ่งทิพย์ จามรมาน คบ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- อาจารย์ สายพร รัตนเรืองวัฒนา คบ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- อาจารย์ กาญจนา เลิศขลิฟาร วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ตาราง ก : แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการ
บริจาคไต เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย (N = 45)

ข้อที่	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	SD
22	ฉันรู้สึกดีใจที่ได้บริจาคไต	3.71	0.73
1	ฉันรู้สึกว่า การบริจาคไตเป็นประสบการณ์ที่ดีในชีวิตที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น	3.62	0.75
2	ฉันเชื่อว่าการบริจาคไตเป็นการทำบุญอันยิ่งใหญ่	3.60	0.84
13	แม้มีไตเพียงข้างเดียว แต่ฉันก็ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้	3.44	0.84
17	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับฉันและครอบครัวภายหลังการบริจาคไตได้	3.24	0.93
19	ฉันคิดว่าการบริจาคไตทำให้ฉันมีความสุข	3.20	1.08
21	ภายหลังบริจาคไตฉันมีสุขภาพที่ดี เพราะฉันดูแลตนเองดี	3.07	1.14
10	ฉันคิดว่าการบริจาคไตทำให้ฉันใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้รับไตมากขึ้น	3.04	1.24
7	แม้มีไตเพียงข้างเดียวแม้ฉันเจ็บป่วย ฉันก็หาทางแก้ปัญหาเหล่านี้ได้	2.91	1.01
14	ฉันเชื่อว่าการบริจาคไตไม่ทำให้ฉันเครียด	2.89	1.43
3	ฉันคิดว่าการบริจาคไตทำให้ฉันมีค่า	2.87	1.47
5	ฉันคิดว่าไตที่บริจาคไปนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับสุขภาพของฉันมาก	1.51	1.55
12	ฉันรู้สึกว่าทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนก่อนบริจาค	1.13	1.27
16	ฉันกลัวว่าจะทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนก่อนบริจาค	0.91	1.06
6	ฉันกลัวว่าสุขภาพของฉันจะเสื่อมลงจากการมีไตเพียงข้างเดียว	0.93	1.12



ข้อที่	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	SD
4	ฉันรู้สึกว่าการเหลืดไตเพียงข้างเดียวเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน	0.82	0.98
8	ไม่มีใครช่วยเหลือฉันเลยเมื่อฉันมีปัญหาจากการบริจาคไต	0.69	1.22
11	ฉันไม่แน่ใจว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขด้วยไตที่เหลือเพียงข้างเดียว	0.62	1.00
20	การบริจาคไตทำให้ฉันสิ้นเปลืองเงินทอง	0.56	1.20
15	การบริจาคไตทำให้ฉันต้องเสียเวลา	0.51	0.94
9	ฉันรู้สึกเสียใจที่ต้องสูญเสียไตไปข้างหนึ่ง	0.27	1.06
18	ฉันรู้สึกหมดกำลังใจที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเอง	0.22	0.77