

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

พัชรี สังข์สี, พย.ม.<sup>1</sup> ยุพิน ถนัดวณิชย์, Ph.D.<sup>2\*</sup> วัลภา คุณทรงเกียรติ, Ph.D.<sup>2</sup> สายฝน ม่วงคุ้ม, Ph.D.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ ทำให้มีความไม่ต่อเนื่องในการรักษา การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จำนวน 82 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ระดับสูง ( $\bar{X} = 40.59, SD = 2.02$ ) และพบว่า ความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตและความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .32, r = .29, r = .34, p < .01$ ) ส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ( $r = -.01, p > .05$ )

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองเลือก และสุดท้าย ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตแม้ว่าต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

**คำสำคัญ:** ความหวัง ความชอบ ทัศนคติ ความสามารถในการเข้ารับบริการ การตัดสินใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* ผู้เขียนหลัก email: ytanat@hotmail.com

# Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage Renal Diseases

Patcharee sangsee, M.N.S.<sup>1</sup>, Yupin tanatwanit, Ph.D.<sup>2\*</sup>, Wanlapa kunsongkeit, Ph.D.<sup>2</sup>,  
Saifone Mounkum, Ph.D.<sup>2</sup>

## Abstract

Most patients with end-stage renal diseases (ESRD) cannot select the most appropriate dialysis modality, which can then lead to not being able to continue dialysis. This correlational descriptive study aimed to examine factors on ability to select dialysis modalities. The sample was 82 randomly-selected subjects who had been diagnosed by nephrologists with end-stage renal diseases and had to be treated with renal replacement therapies. Data-collection instruments included a personal data record form and questionnaires: hope regarding dialysis modalities, preference of dialysis modalities, accessibility to dialysis service, attitude toward dialysis modalities, and an intrinsic motivation inventory. The data were analyzed via descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that most ESRD patients had a high level of ability to self-select appropriate dialysis modalities ( $\bar{x} = 40.59$ ,  $SD = 2.02$ ), and that hope, preference, and accessibility factors were significantly related to ability to self-select appropriate dialysis modalities ( $r = .32$ ,  $r = .29$ ,  $r = .34$ ,  $p < .01$  respectively). There was no association between patient's attitude toward dialysis modalities and ability to self-determine dialysis modalities ( $r = -.01$ ,  $p > .05$ ).

Professional nurses and other healthcare personnel should support ESRD patients acquiring knowledge relating to their illness and renal replacement therapy options. This will enhance understanding, positive attitudes, and preference for the renal replacement therapies selected, and will promote hope for high quality of life even though their survival depends on renal replacement therapy.

**Key words:** hope, preference, accessibility, attitude, self-determination, end-stage renal diseases.

---

<sup>1</sup> Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

\* Corresponding author e-mail: ytanat@hotmail.com

## บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มที่จำนวนกลุ่มผู้ป่วยจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่ (Fresenius Medical Care, 2013) จากการรายงานประจำปีของ Saran et al. (2019) พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ค.ศ. 2015 - 2016 จำนวน 2,077 และ 2,161 คนต่อประชากรล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี เช่นเดียวกับรายงานของ Kramer et al. (2019) ที่พบว่า ในปี 2016 ทวีปยุโรป ได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากถึง 121 คนต่อประชากรล้านคน ส่วน Hyodo et al. (2019) ได้ทำการสำรวจและรายงานในทวีปเอเชีย จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวน 144.29 ต่อประชากรล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรวัยผู้ใหญ่เช่นกัน สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่ประมาณการได้ว่าในปี ค.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเพิ่มจำนวนมากถึง 1,200 คนต่อประชากรล้านคน (Kochasenee & Jiitinan, 2019) จากข้อมูลสถิติทั่วโลกดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนนว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี กลายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อการมีชีวิตรอดยาวนานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายหลักเพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะยูรีเมีย และช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Bezerra, Silva, & Elias, 2018) แม้ว่า การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้เป็นทางเลือกหลักเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเองมากถึง

ร้อยละ 67 และร้อยละ 31.3 ถูกตัดสินใจเลือกโดยแพทย์ และมีโอกาสตัดสินใจเลือกร่วมกับแพทย์เพียงร้อยละ 12.87 (Song et al., 2013) การมีทางเลือกและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วย ภายใต้การได้รับข้อมูลที่เพียงพอประกอบการตัดสินใจย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจบริบทของตนเองมากที่สุด (Lindberg, Johansson, & Broström, 2019) หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ ซึ่งนำไปสู่ความไม่ต่อเนื่องในการบำบัดทดแทนไตในที่สุด (Saeed et al., 2020)

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเองที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจภายในจะนำไปสู่การคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี (Ryan & Deci, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากภาวะยูรีเมีย เนื่องจากความคาดหวังถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้ (Cassidy et al., 2018) ร่วมกับความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยกำหนดทิศทาง การตัดสินใจให้ เป็นไปตามความต้องการของบุคคลและมีความเหมาะสมตามบริบทของตนเอง (Qazi, Chen, & Zhu, 2018) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยมีความสะดวกในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี (Lorcy, Turmel, Oger, Couchoud, & Vigneau, 2015) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตจากบุคคลที่น่าเชื่อถือยังสามารถส่งผลถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยทัศนคติที่เกิดขึ้นนั้นจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่

ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเองและคงอยู่กับการรักษาได้อย่างยั่งยืน

ดังนั้น การรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองจะนำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) ของ Ryan and Deci (2017) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการตัดสินใจด้วยตนเองว่าแรงจูงใจของบุคคลมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) ไร้แรงจูงใจ (Amotivation) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีแรงจูงใจหรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ 2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นระดับแรงจูงใจที่ต้องอาศัยผลตอบแทนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรม จึงเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและไม่ยั่งยืน และ 3) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างแท้จริง เกิดจากความสนใจ เห็นคุณค่า และมีความพึงพอใจในทางเลือกผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นความต้องการของบุคคลอย่างแท้จริงจึงมีความต่อเนื่องและยั่งยืนแรงจูงใจภายในเกิดขึ้นได้จากปัจจัยความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้ว่ามีทางเลือก และมีอิสระในการเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการ 2) ความสามารถแห่งตน (Competence) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) เพื่อจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจาก

บุคคลที่น่าเชื่อถือมาประกอบการตัดสินใจ (โดยผ่านการวิเคราะห์ ติความเพื่อประกอบการตัดสินใจ)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ น่าสนใจ และเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายใน ดังนี้ ความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างอิสระถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต (Cassidy et al., 2018) ส่วนความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีที่มีความสอดคล้องกับบริบทของตนเอง คือ พยาธิสภาพของโรค บริบทด้านร่างกาย และความต้องการของตนเองซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านการรักษา (Ladin et al., 2017; Qazi, Chen, & Zhu, 2018) โดยความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตย่อมนำมาซึ่งความต่อเนื่องในการรักษา และผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา จึงจัดให้ความหวังความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในปัจจัยความต้องการพื้นฐานด้านความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy)

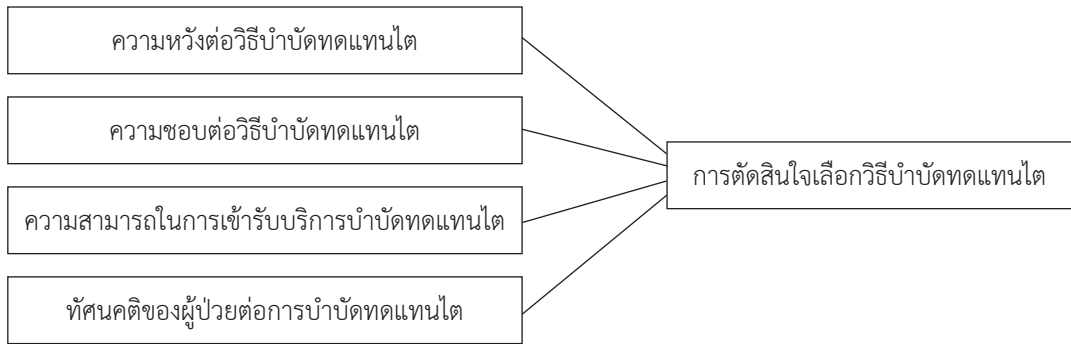
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดเป็นความสามารถแห่งตนของผู้ป่วย (Patient's competence) หมายถึง ศักยภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตในสถานที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เนื่องจาก มีการรักษาในระยะยาวย่อมมีผลต่อค่าใช้จ่าย หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความสะดวก ความห่างไกล และมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนั้น ๆ (Yazawa et al., 2019)

ส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดทดแทนไต จากการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่น รวมทั้งผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่ง Lazarewicz et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันย่อมทำให้เกิดความเข้าใจ และความรู้สึกเชิงบวกต่อข้อมูลต่าง ๆ นั้น และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตต่อมา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์จึงจัดเป็นปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) ตามแนวคิดของ Ryan and Deci (2017)

ดังนั้น ความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต และทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจากการพิจารณาผลเลือดเกี่ยวกับอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ <15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร และเป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคไต ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี และมีแผนการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยพิจารณาอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ <15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร จากผลการตรวจเลือดในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดตามปกติในวันนั้น และอายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และมีลักษณะตามที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการบำบัดทดแทนไตมาก่อน ไม่มีข้อ

จำกัดในการล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจเป็นอย่างดี

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G\*Power analysis version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .30 อยู่ในระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2017) คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนาสถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว และประสบการณ์เข้ารับการรักษาให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต
2. แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ที่ Lertlulm (1999) ได้แปลเป็นไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) จากเครื่องมือ Miller's

hope scale ของ Miller (1985) โดยใช้ประเมินความหวังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย โดยข้อคำถามสร้างขึ้นจากโครงสร้างของความหวัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจต่อตนเอง บุคคลอื่น และชีวิต (22 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่คุกคามจากความหวัง (12 ข้อ) และด้านความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต (6 ข้อ) เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ

3. แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยมาจากเครื่องมือ Treatment perception and preference measure (TPP) ของ Sidani, Epstein, Fox, and Miranda (2018) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาในแต่ละวิธี และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา จำนวน 9 ข้อ ผลลัพธ์ของวิธีการรักษา ความพึงพอใจ ความเสี่ยง และความสะดวกในการปฏิบัติ ตามขั้นตอนของการบำบัดทดแทนไต เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตต่ำ

4. แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต โดย Chaisawat et al. (2016) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดย Penchansky and Thomas (1981) เป็นแนวคิดวิธีการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพื่อประเมินถึงความคิดเห็น มุมมองของบุคคล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานบริการบำบัดทดแทนไต ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่ใช้

ในการเดินทาง (6 ข้อ) เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้แปลมาจากเครื่องมือ The PRACTA-Attitude toward Treatment and Health questionnaire (PRACTA-ATH) ของ Chylinska et al. (2017) พัฒนามาจากแนวคิดทัศนคติต่อวิธีการรักษาและสุขภาพจำนวน 16 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของทัศนคติ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเข้าใจ 2) ด้านความรู้สึกเชิงบวก 3) ด้านความรู้สึกเชิงลบ และ 4) ด้านแรงจูงใจ ซึ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับการวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ

6. แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Back translation) มาจาก Intrinsic motivation inventory (IMI) ของ Ryan and Deci (2017) ที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นอิสระในตนเอง ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดด้วยสายตา (Visual analogue scale) 7 ระดับ แทนค่าคะแนนเป็น 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง และคะแนน 7 หมายถึง จริงที่สุด คะแนนสูง หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และหากมีคะแนนต่ำ หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ



### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ การวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัด  
ทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และ  
แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตไป  
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของ  
ภาษา ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Brislin, 1986) โดย  
อาจารย์พยาบาลจบการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตจาก  
ต่างประเทศ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้สองภาษาได้เป็น  
อย่างดี จำนวน 1 ท่าน แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย  
จากนั้นจึงดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา  
ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ  
ที่สามารถใช้สองภาษาและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัย  
ชุดต้นฉบับมาก่อนซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญ  
ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน มีความเชี่ยวชาญ  
การทำวิจัย 1 ท่าน และได้รับประกาศนียบัตรจากสถาบัน  
แปลระดับสากล (The Institute of Translation and  
Interpreting, U.K.) 1 ท่าน จากนั้นจึงทดสอบดัชนีความ  
เที่ยงตรง (Content validity index [CVI]) ได้ผลการ  
ทดสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95, .92 และ .96  
ตามลำดับ

#### การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือการ วิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความหวังต่อการบำบัด  
ทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต  
แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัด  
ทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และ  
แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นำไป  
ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตร  
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha  
efficiency) โดยแบบประเมินความหวังต่อการบำบัด  
ทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 แบบประเมิน  
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ  
.80 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัด  
ทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และแบบประเมิน  
ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบ

ประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ค่า  
ความเที่ยง .82

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย  
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 1-11-2562  
และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล  
สระบุรี ตามเลขที่หนังสือรับรอง EC004/2563 การวิจัยนี้  
ยึดหลักของการสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับ  
การชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น  
ขณะเข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยง  
ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายตัดสินใจอย่าง  
อิสระในการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดย  
สามารถแจ้งหยุดการเข้าร่วมจากการวิจัยแบบชั่วคราว  
และถาวรได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลต่อผู้วิจัยและ  
ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยจาก  
โรงพยาบาล

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จาก  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิต  
ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส  
01-11-2662) และโรงพยาบาลสระบุรี (รหัส EC004/2563)  
ผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตนเองกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก  
และพยาบาลประจำคลินิกโรคไตตามลำดับ เพื่อชี้แจง  
รายละเอียดของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับ  
พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตก่อนวันนัด 1 วัน เพื่อ  
คัดแยกหมายเลขผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และจับฉลากเลขคู่หรือเลขคี่  
ในการกำหนดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเลข  
ตัวสุดท้ายของหมายเลขผู้ป่วยนอกตรงกับเลขที่จับฉลากได้  
เพื่อระบุกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน เก็บข้อมูลที่แผนก  
ผู้ป่วยนอกในบริเวณใกล้คลินิกโรคไต โดยผู้วิจัยทำการเก็บ  
ข้อมูลทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 10.30-15.00 น. ในวันต่อ  
มาผู้วิจัยจึงนำหมายเลขผู้ป่วยนอกของกลุ่มตัวอย่างที่มี  
หมายเลขตัวสุดท้ายตรงกับเลขที่จับฉลากได้ไปประสานงาน  
กับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไต เพื่อเชิญ  
กลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าพบภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับ  
การตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และแจกแบบสอบถามและแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาทีในการตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และได้บรรจุแบบสอบถามและแบบประเมินที่รับคืนทุกฉบับในซองสีน้ำตาลปิดผนึก พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งทุกตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.4 มีอายุ 36-59 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลางร้อยละ 75.5 รอง

ลงมา คือ อายุ 21-35 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นร้อยละ 19.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี (SD = 11.43) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.5 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83 และมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัวร้อยละ 67.1 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาร้อยละ 93.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 40.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 47.30 รองลงมา 10,001-30,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 45.1 สิทธิการรักษาครั้งนี้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 59.8 ไม่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 90.2 และกลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสเป็นผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตร้อยละ 72

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 136.11, SD = 14.05$ ) มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 24.80, SD = 4.89$ ) มีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 20.62, SD = 3.10$ ) ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต ( $\bar{X} = 103.54, SD = 3.32$ ) และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 40.59, SD = 2.02$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 82)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	40-200	102-168	136.11	14.05
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	0-36	16-36	24.80	4.89
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	6-30	12-26	20.62	3.10
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต	16-112	94-106	103.54	3.23
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	7-42	33-42	40.59	2.02

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

( $r = .32, p < .01$ ) ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ( $r = .29, p < .01$ ) ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธี



บำบัดทดแทนไต ( $r = .34, p < .01$ ) และทัศนคติของผู้ป่วย  
ต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ( $r = -.01, p > .05$ )  
ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตัวแปร	การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	p-value
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	.320	.003
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	.292	.008
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	.340	.003
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต	-.013	.908

### อภิปรายผล

**1. การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย** กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศที่มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย และต้องพยายามหาวิธีบำบัดดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย จึงได้พยายามเข้าใจและทำการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อคาดหวังจะให้ตนเองมีชีวิตยืนยาวและยังคงมีสุขภาพที่ดีพอจะประกอบอาชีพด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 86.5 ดังการศึกษาของ Chang et al. (2016) ที่พบว่าปัจจุบันเพศหญิงจำเป็นต้องช่วยหารายได้ ร่วมกับต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว เพศหญิงจึงมีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคู่ชีวิตและคู่ชีวิตได้ช่วยแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถึงผลดีหรือผลเสียในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงถือได้ว่าคู่ชีวิตเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจ ดังเช่นผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Raj et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคู่สมรสหรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอาจสามารถตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตได้ดี และสามารถคงอยู่ในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายภายหลังการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต ทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตจากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูล

ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถช่วยในการตัดสินใจได้ ซึ่งเมื่อพิจารณารายชื่อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 6.93, SD = 0.26$ ) ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองได้เลือกจึงเป็นสิ่งสนับสนุนการตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายใน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Russell and Boulware (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตได้มีข้อมูลสนับสนุนให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต และการศึกษาของ Lindberg et al. (2019) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ดีและมีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองจนนำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษาต่อไป

### **2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย**

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $r = .32, p < .01$ ) ทั้งนี้สามารถอภิปรายจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังเป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวยังเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องช่วย

กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ทำให้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับมีความเชื่อมั่นและคาดการณ์ได้ว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความเจ็บป่วยไปได้ด้วยดี และสามารถมีความสุขในอนาคตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจภายในที่ต้องการรักษาตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตซึ่งคิดว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนเองมีความสุข และสามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ต่อไป อีกทั้งการคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีภายหลังเข้ารับการรักษายกจะไปสู่การเกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเลือกวิธีดูแลตนเองต่อไป ความหวังจึงเป็นรากฐานในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และมีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปรารถนาในการแสวงหาวิธีการรักษาและเพิ่มคุณค่าของชีวิตให้มีความสุขมากยิ่งขึ้น (Miller, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของ Cassidy et al. (2018) ที่พบว่า การคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีในอนาคตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อน และสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะยูรีเมียด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เกิดเป็นแรงจูงใจภายในต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่คิดว่าจะมีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้ใกล้เคียงปกติและเกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด เพราะฉะนั้น ความหวังของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $r = .29, p < .01$ ) อภิปรายปรากฏการณ์ได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 80 โดยคิดว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะยูรีเมียบรรเทาลงหรือหมดไปหรือมีอาการดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวช่วยลดความเสี่ยงจากอาการรุนแรงต่าง ๆ และง่ายต่อการปฏิบัติตาม สุดท้ายกลุ่มตัวอย่างได้จัดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองตัดสินใจเลือกนั้นมีความเหมาะสมและจะเกิดผลลัพธ์กับประโยชน์มากที่สุด ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีทางเลือกสำหรับตนเองในการตัดสินใจเลือก จึงทำให้รู้สึกมีความง่าย ไม่ยากลำบาก เมื่อต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นไปตาม Ryan and Deci (2017) ที่กล่าวว่า ความชอบและความเป็นอิสระในการเลือกเป็นปัจจัยสำคัญในความสามารถในการตัดสินใจ ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Lee et al. (2008) ที่พบว่า ความชอบเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตแล้วยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้อัตราการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินลดลง

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $r = .34, p < .01$ ) โดยพบว่าแหล่งที่ตั้งของสถานพยาบาลและสถานบริการบำบัดทดแทนไตมีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลมากนัก สอดคล้องกับการใช้สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ๆ ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาแล้วเห็นว่าวิธีการรักษาที่ตนเองจะเลือกนั้น ตนเองมีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี ย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง (Penchansky & Thomas, 1981) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของ Lorcy et al. (2015) พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญและมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และยังเห็นพ้องกับผลการศึกษาของ Chaisawat (2016) ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเลือกและยินดีเข้ารับบริการด้านสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถแห่งตน (Competence) ที่จัดว่าเป็นแรงจูงใจภายในในการช่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Ryan & Deci, 2017)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้าย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แต่ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างกลับไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อาจเนื่องมาจากความสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น ความกลัว และความวิตกกังวล ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n = 450) ของ He et al. (2014) ที่พบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ แต่ไม่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้เนื่องจากมีปัจจัยด้านความกลัวการแทงเข็มฉีดยา และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากวิธีการรักษาที่จะได้รับ ซึ่งมีบริบทเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพควรมีความรู้และทักษะในการสร้างความหวังในชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความคิดหวังที่ดีจากผลการรักษาพยาบาล และควรมีการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วิธีบำบัดทดแทนไต สภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และผลลัพธ์ที่ดีที่คาดว่าจะเกิดจากการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจที่ดี ย่อมนำมาซึ่งความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามความชอบของตนเองและมีความสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของตนเองมากที่สุด รวมทั้งสอดคล้องกับความสามารถของตนในการที่จะเข้ารับบริการเพื่อการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนั้น ๆ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรู้ความเข้าใจที่ดียิ่งพอจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองจะเลือก จนส่งผลให้มีความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ตลอดจนมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป

### Reference

- Bezerra, I. C., Silva, C. B., & Elias, M. R. (2018). Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: Do anxiety, stress and depression matter. *Biomed Central Nephrology*, 19(98), 1-6.
- Brislin, R. (1986). Field methods in cross-cultural psychology. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *The Wording and Translation of Research Instruments*. Newbury park, CA: Sage publications.
- Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. (2018). Educational support around dialysis modality decision making in patients with chronic kidney disease: A qualitative study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 5, 1-9.
- Chaisawat, P., Pawananan, P., Nanongkai, S., & Kittipichai, V. (2016). Utilization of elderly health services, tambon viharh khao, amphor tha-chang, Singburi. *Vajira Nursing Journal*, 18(2), 42-50. [In Thai]
- Chang, P.Y., Chien, L.N, Lin, Y.F, Wu, M.S, Chiu, W.T, & Chiou, H.Y. (2016). Risk factors of gender for renal progression in patients with early chronic kidney disease. *Medicine*, 95(30), 1-7.
- Chylinska, J., Lazarewicz, M. A., Rzadkiewicz, M., Adamus, M., Jaworski, M., Haugan, G., & Wlodarczyk, D. (2017). The role of gender in the active attitude toward treatment and sociodemographic factors as moderators. *Biomed Central Geriatrics*, 17(284), 1-10.

- Fresenius Medical Care. (2013). Annual report 2013. Retrieved April 1, 2019, from [https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/de/pdf/investors/News\\_Publications/Annual\\_Reports/2013/FMC\\_Annual\\_Report\\_2013\\_en.pdf](https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/de/pdf/investors/News_Publications/Annual_Reports/2013/FMC_Annual_Report_2013_en.pdf).
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G\*power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- He, F., Li, D., Cao, R., Zeng, J., & Guan, H. (2014). The attitude-behavior discrepancy in medical decision making. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(12), e14612. <https://doi.org/10.5812/ircmj.14612>.
- Hyodo, T., Fukagawa, M., Hirawa, N., Hayashi, M., Nitta, K., Chan, S., & Widiana, G. (2019). Present status of renal replacement therapy in Asian countries as of 2016: Cambodia, Laos, Mongolia, Bhutan, and Indonesia. *Renal Replacement Therapy*, 5(12), 1-11.
- Kochasenee, P., & Jittinan, A. (2019). Chronic kidney disease and initiation of dialysis. *Essentials in hemodialysis*. Bangkok: Text and journal publication. [In Thai]
- Kramer, A., Pippias, M., Noordzij, M., Stel, V. S., Andrusev, A. M., Aparicio-Madre, M. I., & Jager, K. J. (2019). The european renal association – european dialysis and transplant association (era-edta) registry annual report 2016: A summary. *Clinical Kidney Journal*, 11(1), 1-19.
- Lazarewicz, M. A., Włodarczyk, D., Chylinska, J., Jaworski, M., Rządkiwicz, M., Adamus, M., & Espnes, G. A. (2018). Testing a new tool assessing attitude towards treatment and health in primary health care setting: senior patients and doctors perspectives. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 1-9.
- Ladin, K., Pandya, R., Perrone, R. D., Meyer, K. B., Kannam, A., Loke, R., Oskoui, T., Weiner, D. E., & Wong, J. B. (2018). Characterizing approaches to dialysis decision making with older adults: A qualitative study of nephrologists. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology : CJASN*, 13(8), 1188-1196.
- Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. V., Bonnevie, B., & Nielsen, C. P. (2008). Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(12), 3953-3959.
- Lertlulm, L. (1999). *Hope of elderly*. Graduate school. Khon Kaen University. [In Thai]
- Lindberg, J., Johansson, M., & Broström, L. (2019). Temporising and respect for patient self-determination. *Journal of Medical Ethics*, 45(3), 161-167.
- Lorcy, N., Turmel, V., Oger, E., Couchoud, C., & Vigneau, C. (2015). Opinion of french nephrologists on renal replacement therapy: survey on their personal choice. *Clinical Kidney Journal*, 8(6), 785-788.
- Miller, J.F. (1985). "Hope". *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981) The concept of access definition and relationships to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-140.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7<sup>th</sup> Ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10<sup>th</sup> Ed.), Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Qazi, H. A., Chen, H., & Zhu, M. (2018). Factors influencing dialysis withdrawal: a scoping review. *Biomed Central Nephrology*, 19(96), 3-11.
- Russell, J. S., & Boulware, E. L. (2018). End-stage renal disease treatment options education. *Seminar in Dialysis*, 31, 122-128.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.
- Saeed, F., Muhammad, S., Khalid, R., Raza, N., Ronald, E., Sarah, D., Muhammad, M., & Kevin, F. (2020). Dialysis decision-making and preferences for end-of-life care: perspectives of pakistani patients receiving maintenance dialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(3), 1-8.
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., ... Shahinian, V. (2019). Us renal data system 2018 annual data report: Epidemiology of kidney disease in the united states. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), 1-772.
- Shafi, S. T., Saleem, M., Anjum, R., Abdullah, W., & Shafi, T. (2018). Refusal of hemodialysis by hospitalized chronic kidney disease patients in Pakistan. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(2), 401-408.
- Sidani, S., Epstein, D. R., Fox, M., & Miranda, J. (2018). Psychometric properties of the treatment perception and preferences measure. *Clinical Nursing Research*, 27(6), 743-761
- Song, M.K., Lin, F.C., Gilet, C. A., Arnold, R. M., Bridgman, J. C., & Ward, S. E. (2013). Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrol Dial Transplant*, 28, 2815-2823.
- Winterbottom, A., Bekker, H. L., Conner, M., & Mooney, A. (2012). Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations*, 17, 710-723.
- Yazawa, M., Omae, K., Shibagaki, Y., Inaba, M., Tsuruya, K., & Kurita, N. (2019). The effect of transportation modality to dialysis facilities on health related quality of life among hemodialysis patients: results from the Japanese dialysis outcomes and practice pattern study. *Clinical Kidney Journal*, 110, 1-7.