

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต  
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

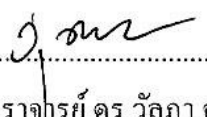
พัชรี สังข์สี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
กรกฎาคม 2563  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

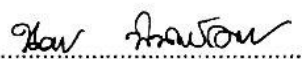
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ พัชรีย์ สังข์สี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

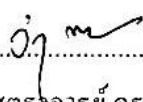
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัศวณิชย์)

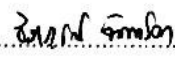
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

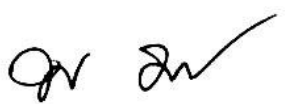
  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัศวณิชย์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 3 เดือน ส.ค. พ.ศ. 2563

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดฉิมชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ กรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา ผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิชชา ประธานสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม อายุรแพทย์คลินิกโรคไต พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไต คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน และบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลสระบุรีที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปด้วยดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน ทำให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และได้มาซึ่งผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียร และความใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนคู่ชีวิต เพื่อน และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ทำให้กำลังใจ ความห่วงใย และความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูทดแทนแก่บุพการี บุรพจารย์ กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ขอให้ผลงานอันมีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่จะนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

พัชรี สังข์สี

58910085: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต/ ความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต/ ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต/ ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต/ ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต/ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

พัชรีย์ สังข์สี: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (FACTORS RELATED TO SELF-DETERMINATION OF PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASES TO SELECT DIALYSIS MODALITIES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูพิน ถนัดวิชย์, Ph.D., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด. 125 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของรวมของผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการรักษาอย่างต่อเนื่องและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลสระบุรี และจำเป็นต้องมีแผนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 82 ราย เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต 3) แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต 4) แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต 5) แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และ 6) แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .80, .85, .82 และ .82 ตามลำดับ ข้อมูลจากการวิจัยถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ระดับสูง ( $\bar{x} = 40.59$ ,  $SD = 2.02$ ) และพบว่า ความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .32$ ,  $r = .29$ ,  $r = .34$ ;  $p < .01$  ตามลำดับ) ในส่วนของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ( $r = -.01$ ;  $p > .05$ )

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองเลือก และสุดท้ายต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตแม้ว่าต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

58910085: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SELF-DETERMINATION TO SELECT DIALYSIS MODALITIES/ HOPE/  
PREFERENCE/ ACCESSIBILITY/ PATIENTS'S ATTITUDE/ PATIENTS WITH  
END-STAGE RENAL DISEASES

PATCHAREE SANGSEE: FACTORS RELATED TO SELF-DETERMINATION OF PATIENTS WITH  
END-STAGE RENAL DISEASES TO SELECT DIALYSIS MODALITIES.

ADVISORY COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D., WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D.  
125 P. 2020.

Determining among dialysis modalities is important for patients with end-stage renal disease (ESRD) because suitable dialysis modalities, in these patients' holistic contexts, can maintain not only continuous treatment but also quality of life. This correlational descriptive study aimed to examine self-determination to select dialysis modality among ESRD patients and its factors (hope, preference, accessibility, and patient's attitudes) affecting dialysis modality self-determination. The sample was persons diagnosed with ESRD by the nephrologists of Saraburi hospital who had to be treated with renal replacement therapies and who met the inclusion criteria. Eighty-two subjects were selected by simple random sampling. Six instruments were used to collect data: Personal Data questionnaires (General Personal Data and Clinical Data), Hope toward Dialysis Modalities questionnaire, Preference toward Dialysis Modalities questionnaire, Accessibility to Dialysis Service questionnaire, Patient Attitude toward dialysis modalities questionnaire, and Intrinsic Motivation Inventory. Five of them were tested for reliability and yielded Cronbach's alpha coefficient values of .82, .80, .85, .82, and .82 respectively. The data were analyzed via descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results of this study showed that most of the sample had a high level of self-determination to select their dialysis modality ( $\bar{x} = 40.59$ ,  $SD = 2.02$ ). Also, factors of hope, preference, and accessibility regarding dialysis modalities were significantly related to self-determination to select dialysis modalities of ESRD patients ( $r = .32$ ,  $r = .29$ , and  $r = .34$ ;  $p < .01$ , respectively).

In summary, ESRD patients themselves could make self-determination to select their dialysis modalities. Professional nurses and other healthcare personnel should support providing knowledge to these patients relating to ESRD and renal replacement therapies in order for patients to understand and appropriately choose their renal replacement therapies. This should promote hope for optimal quality of their lives even though patients know they will survive only with renal replacement therapies.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
สมมติฐานของการวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคไตเรื้อรัง.....	13
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต.....	21
ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory).....	22
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	44
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	49

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตทัศนคติของผู้ป่วย ต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	50
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย .....	50
5 อภิปรายและสรุปผล .....	57
สรุปผลการวิจัย .....	57
อภิปรายผลการวิจัย .....	57
ข้อเสนอแนะ .....	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	75
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมงานวิจัยและพินัยกรรมของกลุ่มตัวอย่าง .....	76
ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย .....	79
ภาคผนวก ค ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยและแบบรายงานจริยธรรมการวิจัย .....	82
ภาคผนวก ง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: โปรแกรม G*Power analysis.....	90
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	92
ภาคผนวก ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ.....	104
ภาคผนวก ช ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต .....	115
ภาคผนวก ซ ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต.....	117
ภาคผนวก ฌ ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต.....	119
ภาคผนวก ฎ ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความสามารถในการเข้ารับบริการ บำบัดทดแทนไต .....	121
ภาคผนวก ฏ ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต .....	123
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	125

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล .....	51
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางคลินิก .....	53
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง .....	54
4	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย .....	55
5	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต .....	111
6	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต .....	112
7	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต.....	113
8	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต.....	114
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก .....	116
10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย.....	118
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก .....	118
12	จำนวน ร้อยละ ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง .....	120



## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก .....	120
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก .....	122
15	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก .....	124

## สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2	แรงจูงใจภายใน .....	25
3	การกระจายตัวเป็นแบบปกติของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต.....	105
4	การกระจายตัวเป็นแบบปกติของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต.....	106
5	การกระจายตัวเป็นแบบปกติของความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต...	106
6	การกระจายตัวเป็นแบบปกติของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต.....	107
7	การกระจายตัวเป็นแบบปกติของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต .....	107
8	การกระจายความแปรปรวนของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือก วิธีบำบัดทดแทนไต.....	108
9	การกระจายความแปรปรวนของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจ เลือกวิธีบำบัดทดแทนไต .....	109
10	การกระจายความแปรปรวนของความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต.....	109
11	การกระจายความแปรปรวนของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต.....	110

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease [ESRD]) เป็นภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือนทำให้มีอัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร (Kidney Disease: Improving Global Outcome [KDIGO], 2019) โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานการสำรวจในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้กล่าวว่า ประชากรทั่วโลกเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 3,500,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่ (Fresenius Medical Care, 2019) และจากการสำรวจของ Saran et al. (2019) พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ค.ศ. 2015-2016 จำนวน 2,077 และ 2,161 คนต่อประชากรล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี เช่นเดียวกับ Kramer et al. (2019) พบว่า ในปี ค.ศ. 2016 ทวีปยุโรปได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากถึง 121 คนต่อประชากรล้านคน ส่วนการศึกษาของ Hyodo et al. (2019) ได้ทำการสำรวจประเทศในทวีปเอเชีย พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ค.ศ. 2015 จำนวน 144.29 ต่อประชากรล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรวัยผู้ใหญ่เช่นกัน

สถิติดังกล่าวได้สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 ได้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นจำนวนถึง 100,000 คน หรือประมาณ 905.9 คนต่อประชากรล้านคน และกระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจเพิ่มจำนวนมากถึง 280,000 คน หรือประมาณ 1,200 คนต่อประชากรล้านคน (พงศธร คชเสนี และอนุตตร จิตตินันท์, 2562) จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สถิติทั่วโลกดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และได้เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งของประเทศไทยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อให้ร่างกายสามารถกำจัดของเสีย และนำส่วนเกินออกจากร่างกาย ด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อการมีชีวิตรอดและเป็นชีวิตที่มีคุณภาพต่อไป

การบำบัดทดแทนไตเป็นกระบวนการรักษาเพื่อทดแทนไตที่สูญเสียหน้าที่โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อกำจัดของเสีย และน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย เป็นการป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะยูริเมีย และทำหน้าที่ช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ให้อยู่ในระดับปกติ ในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ 1) ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เป็นการใช้ตัวกรองของเครื่องไตเทียมฟอกเลือดแล้วนำเลือดที่ผ่านเครื่องไตเทียมกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำของผู้ป่วยอีกครั้ง) 2) ล้างไตผ่านทางช่องท้อง (เป็นการใช้เยื่อช่องท้องทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวกรองของเสีย) และ 3) การปลูกถ่ายไต (เป็นการนำไตจากผู้บริจาคมาปลูกถ่ายเพื่อทำหน้าที่แทนไตเดิมของผู้ป่วย) (พงศธร คชเสนี และอนุตตร จิตตินันท์, 2562) แต่การปลูกถ่ายไตมีความยุ่งยากในขั้นตอนของการขอรับบริจาคไต อีกทั้งต้องใช้เวลาในการรอคอยไตใหม่เนื่องจากการขาดแคลนผู้บริจาคไต และมีค่าใช้จ่ายสูง การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตผ่านทางช่องท้องจึงเป็นทางเลือกหลักในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นส่วนใหญ่ (Bezerra, Silva, & Elias, 2018)

แม้การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ถูกจัดให้เป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Erlang, Nielsen, Hansen, and Finderup (2015); Ladin et al. (2018) ได้กล่าวว่าแพทย์และผู้ป่วยต้องร่วมกันพิจารณาถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องเป็นบุคคลสุดท้ายในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง โดยเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองมากที่สุดในช่วงเวลานั้น ๆ เช่น ได้ผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีโดยสามารถบรรเทา/จัดการอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะยูริเมียได้ (เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของสมดุลแร่ธาตุและกระดูก ซีด ภาวะน้ำเกินทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวม (Bello et al., 2017) สามารถมีชีวิตรอดอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงไว้ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตตามเดิมได้มากที่สุด (เช่น สามารถทำงานหารายได้เลี้ยงตนเองได้) การบำบัดทดแทนไตต้องไม่เป็นภาระด้านเศรษฐกิจและใช้เวลาในชีวิตประจำวันทั้งหมดของผู้ป่วย (Griva et al., 2020) เป็นต้น แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Song et al. (2013) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลา 12 เดือน ( $n = 99$ ) พบว่า ร้อยละ 67 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง และร้อยละ 31.3 ถูกตัดสินใจโดยแพทย์และมีโอกาสตัดสินใจร่วมกับแพทย์ร้อยละ 12.87

เช่นเดียวกับการศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในสาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน ( $n = 522$ ) ของ Saeed et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 54 ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามความต้องการของแพทย์ และมีเพียงร้อยละ 28 เท่านั้นที่มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

ผลกระทบที่เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง หรือบางครั้งเกิดการตัดสินใจปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต จนทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะยูรีเมียและเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ดังผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Noble, Meyer, Bridge, Johnson, and Kelly (2010) เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนในผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตที่ไม่สามารถตัดสินใจเพื่อเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ( $n = 30$ ) เช่น ตัดสินใจปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตในบางครั้งจนเกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น อาการบวม ปวด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ หายใจลำบาก เป็นต้น

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของตนเองนอกจากจะสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายต่อผู้ป่วยแล้วยังสามารถส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bezerra, Silva, and Elias (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและภาวะด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล ( $n = 67$ ) พบว่า ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตไม่เหมาะสมกับบริบทด้านอาชีพของตนเอง ผู้ป่วยจะสูญเสียเวลาในการทำงานหารายได้ ร่วมกับมีรายจ่ายนอกเหนือจากบำบัดทดแทนไตที่ผู้ป่วยต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น ด้วยปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องดำเนินไปตลอดชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณจากการศึกษาของ Saeed et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 62 ที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้จะมีความทุกข์และเสียใจเมื่อต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเลือก

ที่สำคัญผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เช่น ไม่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของตนเองจนทำให้การเข้ารับการบำบัดทดแทนไตเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ดังการวิเคราะห์สถานการณ์ของ Tantivess, Werayingyong, Chuengsaman, and Teerawattananon (2013) เกี่ยวกับสิทธิหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าในการเข้ารับบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายส่วนเกินสำหรับการบำบัดทดแทนไตที่มีราคาสูงจนต้องนำเงินส่วนตัวมาใช้จ่ายเพื่อการบำบัดทดแทนไตมากถึงร้อยละ 25-70 ของรายได้ครัวเรือน ส่งผลกระทบกับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของตนเองและครอบครัว เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเล่าเรียน ทำให้จำเป็นต้องมีการกู้ยืมเงินที่มีดอกเบี้ยสูงจนในที่สุดเกิดปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และคณะ (2561) เกี่ยวกับวิธีและผลการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $n = 113$ ) ที่พบว่าแม้จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทยได้รับสิทธิต่าง ๆ เพื่อการงดเว้นหรือลดหย่อนค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต แต่กลับพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 14.2 ที่ไม่สามารถรับสิทธิใด ๆ นั่นคือ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเป็นค่ารักษาบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองซึ่งมีราคาแพง ดังนั้น การตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตหรือการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตย่อมกระทบกับภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยไม่มากนักน้อย และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ตามแผนการรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งนำมาถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนเวลาอันสมควร

จากการศึกษาดังที่กล่าวมาในข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยนั้นย่อมนำมาซึ่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ดังนั้นการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอย่างมากเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด หรือมีผลกระทบน้อยที่เกิดจากอาการแทรกซ้อนและดำรงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด (พงศธร คชเสนี และอนุตตร จิตตินันท์, 2562)

การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของตนเองนั้น Ryan and Deci (2017) ได้กล่าวว่า การตัดสินใจต้องเกิดจากแรงจูงใจ 2 ชนิด ได้แก่ แรงจูงใจภายนอกและแรงจูงใจภายใน โดยแรงจูงใจภายนอกนั้นเป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากการคาดหวังผลตอบแทน เช่น ค่าชมเชย การคาดโทษ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนนั้นมีพฤติกรรมที่ไม่มีความยั่งยืน ส่วนการตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายในนั้นเป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นจากความสนใจ เห็นคุณค่า และมีความพึงพอใจในการกระทำอันจะเกิดขึ้น ทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจภายในสามารถส่งผลที่มีความยั่งยืนถาวร การตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายในต้องประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ความเป็นอิสระทั้งในด้านความรู้สึก ความคิด และรับรู้ว่าคุณค่าเองมีทางเลือกในวิธีนั้น
- 2) ความสามารถแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการจัดการและแสวงหาวิธีบำบัดทดแทนไต และ
- 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น อันจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการ

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นอย่างเพียงพอ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการรักษาที่ใช้เวลานาน ตลอดชีวิต จำเป็นต้องมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เกิดจากแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ให้ได้มากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีความต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี และมีชีวิตรอดอย่างมีคุณภาพมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญและน่าสนใจในการที่จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจที่ดี ได้รับบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ดังนี้

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความอิสระด้านความคิดและความรู้สึกถึง สิ่งที่คาดหมายว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และแสดงออกเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคล โดยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อตนเอง ผู้อื่นและต่อชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการรับรู้ความเป็นจริง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้เป็นพื้นฐานสำคัญ (Miller, 1985) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อย เช่น อ่อนล้า อาการปวดร้าวตามร่างกาย เบื่ออาหาร การนอนไม่หลับ และขาดสมาธิ ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่กล่าวมามีส่วนในการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Almutary, Bonner, & Douglas, 2016; Finnegan-John & Thomas, 2013; Salman & Tahir, 2017; Zha & Qian, 2017) การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่สามารถบรรเทา ความทุกข์ทรมานจากภาวะยูรีเมียได้ ผู้ป่วยจึงคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีภายหลังการรักษาเป็น เป้าหมายสำคัญ จึงเกิดเป็นแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่คาดว่ามิประโยชน์ กับตนเองมากที่สุด (Cassidy et al., 2018) ดังเกณฑ์การเลือกวิธีการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายโดย Mazzuchi, Fernandez-Cean, and Carbonell (2000) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความหวัง ต่อวิธีบำบัดทดแทนไตจะมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีสามารถทำให้มีชีวิตอยู่รอด นำไปสู่ การเสริมสร้างกำลังใจในการรักษา และคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัด ทดแทนไตที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อที่จะตัดสินใจเลือกและเข้ารับ การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตต่อไป ความชอบเป็นผลจากการรับรู้และพิจารณาเกี่ยวกับการ ดำเนินของ โรค ประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา และความสะดวกในการปฏิบัติตามกระบวนการบำบัดทดแทนไต หากข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับนั้น

ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และส่งผลให้มีความต่อเนื่องในการรักษา (Sidani, Epstein, Fox, & Miranda, 2018) ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตจึงเป็นปัจจัยภายในบุคคลด้านความสามารถแห่งตนตามทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองที่สามารถกำหนดทิศทางของการตัดสินใจให้เป็นไปตามความต้องการของบุคคลได้ ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่สอดคล้องตามบริบททางด้านร่างกาย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย นำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษาได้ (Covic et al., 2010; Ladin et al., 2017; Morton et al., 2012; Qazi, Chen, & Zhu, 2018) ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Lee, Gudex, Povlsen, Bonnevie, and Nielsen (2008) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $n = 27$ ) พบว่า ความชอบเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

และลดอัตราการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $n = 1,374$ ) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ของ Jager, Korevaar, Dekker, Krediet, and Boeschoten (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย ความสะดวกสบาย สิทธิการรักษา และกระบวนการของวิธีบำบัดทดแทนไตแล้ว ผู้ป่วยจะมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งเกิดเป็นแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตไปในทิศทางที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตส่งผลต่อทิศทางในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจส่วนบุคคลเกี่ยวกับกระบวนการและผลลัพธ์ด้านการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอย่างเต็มศักยภาพและคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต เป็นศักยภาพของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตโดยพิจารณา 3 ประการ ได้แก่ ระยะทางของที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการบำบัดทดแทนไต เวลาในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต (Penchansky & Thomas, 1981) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญในการตัดสินใจเนื่องจากผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกการรักษาที่สังเกตเห็นความสะดวกในการเข้ารับบริการ (นงนุช ปัจฉิธรรมเจริญ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับผลการศึกษาความแตกต่างด้านภูมิศาสตร์กับการบำบัดทดแทนไตในประเทศสหรัฐอเมริกา ( $n = 347,665$ ) โดย Stephens et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตัดสินใจเลือกวิธี



บำบัดทดแทนไตที่มีความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอคติต่อวิธีบำบัดทดแทนไตและเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของตนเองได้เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบของการเดินทางไปเข้ารับบำบัดทดแทนไตในประเทศญี่ปุ่น ( $n = 1,225$ ) โดย Yazawa et al. (2019) พบว่า ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะลดลงเมื่อสถานบริการมีความห่างไกล และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย และตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความสะดวก แต่ไม่เหมาะสมกับบริบทของตนเองนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเข้ารับการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ศักยภาพด้านการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ยั่งยืนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพิจารณาจากความสะดวก ความห่างไกล และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องคำนึงถึง ปัจจัยความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย และแรงจูงใจในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมในการเข้ารับการรักษา โดยทัศนคติของบุคคลนั้น ได้ถูกพัฒนาภายหลังจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา (Lazarewicz et al., 2018) ทัศนคติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดขึ้นจากการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่น่าเชื่อถือและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งสามารถมีทั้งทัศนคติเชิงลบและเชิงบวก การมีทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในเชิงลบย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องดำเนินไปตลอดชีวิต ร่วมกับได้รับข้อมูลเชิงลบจากบุคคลรอบข้าง ดังเช่นผลการศึกษาของ อุษณา ลุวิระ (2555) ที่กล่าวไว้ว่า ข้อมูลเกี่ยวกับความยุ่งยากของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการสูญเสียรายได้เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดประกอบอาชีพมาฟอกไตที่หน่วยไตเทียมบ่อยครั้ง อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบำบัดทดแทนไตเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยจึงมีทัศนคติเชิงลบกับวิธีบำบัดทดแทนไต และเกิดอคติต่อวิธีบำบัดทดแทนไตนั้น ๆ

ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับข้อมูลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นข้อมูลที่สนับสนุนความคิด ความรู้สึกของตนเอง ดังเช่นผลการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศอังกฤษ ( $n = 18$ ) ของ Winterbottom, Bekker, Conner, and Mooney (2012) พบว่า เมื่อการดำเนินของโรค

เข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเข้าใจถึงความจำเป็นในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่ตนเองเชื่อถือเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตที่สามารถทำให้ความเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อนบรรเทาลง และการศึกษาเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ( $n = 125$ ) ของ Shafi, Saleem, Anjum, Abdullah, and Shafi (2018) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องจากได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือจากแพทย์

จากการศึกษาที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่มีต่อความเจ็บป่วยทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ รวมไปถึงแรงจูงใจในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเองและคงอยู่กับการรักษาได้อย่างยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าปัจจัย ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัด และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต อาจมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือก ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการรักษาที่สามารถยืดอายุและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น หากทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เกิดจากปัจจัยภายในบุคคลอย่างแท้จริง จะเป็นประโยชน์กับขั้นตอนการให้คำปรึกษามากยิ่งขึ้นสามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับแผนการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทร่างกายและจิตใจนำไปสู่ความคงอยู่ในวิธีการรักษาอย่างยั่งยืนเกิดเป็นผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในประเทศไทยได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

## สมมติฐานของการวิจัย

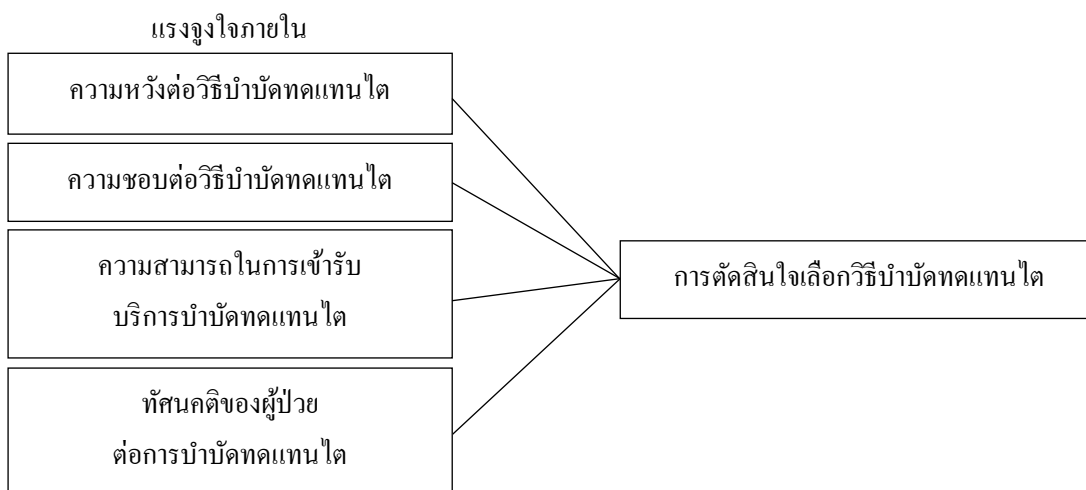
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่อการบำบัดทดแทนไตที่ตนเองตัดสินใจเลือกได้ถูกต้อง เหมาะสม มีความต่อเนื่องจนเกิดเป็นผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) โดย Ryan and Deci (2017) เป็นการพิจารณาและเลือกในสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาหรือโอกาสที่เกิดขึ้น ในทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยอาศัยแรงจูงใจของบุคคล แบ่งระดับของแรงจูงใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ไร้แรงจูงใจ (Amotivation) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีความตั้งใจหรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ รวมไปถึงพฤติกรรมที่ไม่หวังผล 2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นระดับแรงจูงใจที่ต้องอาศัยผลตอบแทนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมการตัดสินใจ โดยการตัดสินใจนั้นบุคคลต้องเล็งเห็นถึงรางวัล คำชมเชย การลงโทษ หรือสิ่งอื่นที่บุคคลคาดหวังเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม จึงเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและไม่ยั่งยืน และ 3) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) เป็นระดับแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างแท้จริง โดยการตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายในเกิดจากความสนใจ เห็นคุณค่า และมีความพึงพอใจในทางเลือก ผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นความต้องการของบุคคลอย่างแท้จริง แรงจูงใจภายในสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1) ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีทางเลือก และมีอิสระในการเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการ 2) ความสามารถแห่งตน (Competence) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) เป็นโอกาสของบุคคลที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ เมื่อได้ข้อมูลที่สนับสนุนตนเอง บุคคลจะนำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการตัดสินใจ (นำข้อมูลที่ได้จากบุคคลน่าเชื่อถือมาวิเคราะห์ ตีความเพื่อประกอบการตัดสินใจ) และเมื่อพบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต พบว่า แรงจูงใจภายในปัจจัยด้านความเป็นอิสระในตนเอง คือ ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ปัจจัยด้านความสามารถแห่งตน

คือ ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น คือ ทักษะการของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ที่มาเข้ารับการรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 82 ราย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที จากการพิจารณาอัตราการกรองของไต และเป็นผู้ป่วยที่อายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตมาก่อน

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความคาดหมายของชีวิตในอนาคตภายหลังการได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินความหวังของมิลเลอร์ (Miller's hope scale) ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้โครงสร้างของความหวัง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจต่อตนเอง บุคคลอื่น และต่อชีวิต 2) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุณกามต่อความหวัง และ 3) ความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งถูกแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยและปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย โดย ละมัด เลิศล้ำ (2542)

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต หมายถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยที่มีต่อวิธีบำบัดทดแทนไตและส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตต่อมา โดยวิธีที่เลือกต้องมีความสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งบริบทและความต้องการของตนเอง ประเมินโดยแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ถูกแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย มาจากเครื่องมือ The treatment perception and preferences ของ Sidani et al. (2018) ภายใต้แนวคิดการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหมาะสมของวิธีบำบัดทดแทนไต ประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไต ความเสี่ยงจากการบำบัดทดแทนไต และความสะดวกในการเข้ารับบำบัดทดแทนไต

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต หมายถึง ศักยภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะเข้ารับบริการด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองได้ตัดสินใจจะเลือกและจะเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตที่ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ พัฒนามาจากแนวคิด Accessibility ของ Panchansky and Thomas (1981) ประกอบด้วย ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึก และแรงจูงใจที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เนื่องมาจากการได้รับข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและการบำบัดทดแทนไตจากประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ ประเมินด้วยแบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ที่ผู้วิจัยได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย จาก The PRACTA-attitude toward treatment and health questionnaire (PRACTA-ATH) ซึ่งได้พัฒนาโดย Chylinska et al. (2017) ภายใต้องค์ประกอบของทัศนคติ 4 ด้าน: ความเข้าใจ ความรู้สึกเชิงบวก ความรู้สึกเชิงลบ และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม/ พฤติกรรมการแสดงออก

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก และความมั่นใจ ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในต่อการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง อันเกิดจากกระบวนการคิดภายหลังการได้รับรู้ข้อมูลหรือประสบการณ์จากผู้อื่นเกี่ยวกับการบำบัด ทดแทนไต ประเมิน โดยแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้แปลย้อนกลับ เป็นภาษาไทย จากเครื่องมือ Intrinsic motivation inventory (IMI) ที่พัฒนาโดย Ryan (1982) ครอบคลุมปัจจัยความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความเป็นอิสระในตนเอง ความสามารถ แห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

#### 1. โรคไตเรื้อรัง

- 1.1 ความหมายของโรคไตเรื้อรัง
- 1.2 ระยะและอาการของโรคไตเรื้อรัง
- 1.3 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 1.4 ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 1.5 วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### 2. การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

#### 3. ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory)

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### โรคไตเรื้อรัง

#### ความหมายของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) หมายถึง ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำงานมานานกว่า 3 เดือน ดังนี้ (Kidney Disease: Improving Global Outcome [KDIGO], 2016)

#### 1. มีหลักฐานที่แสดงถึงว่าไตถูกทำลาย (Kidney damage) ได้แก่

- 1.1 มีภาวะโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ (Albuminuria) มากกว่า 30 มิลลิกรัม/ วัน
- 1.2 มีตะกอนออกมากับปัสสาวะมากกว่าปกติ (Urine sediment abnormalities)
- 1.3 มีความผิดปกติทางเกลือแร่ (Electrolyte disorders) ที่มีสาเหตุมาจาก
- 1.4 การดูดซึมกลับของท่อไตที่ผิดปกติ (Tubular disorders) เช่น ภาวะโซเดียม

ในเลือดสูง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เป็นต้น

1.5 มีความผิดปกติจากการตรวจทางพยาธิวิทยา (Histopathology) เช่น การตรวจชิ้นเนื้อไตมีความผิดปกติ

1.6 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างจากการตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ ตรวจพบถุงน้ำในไต ตรวจพบนิ่วในไต ไตพิการ มีไตข้างเดียว เป็นต้น

1.7 มีประวัติได้รับการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation)

2. อัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate [GFR]) ต่ำกว่า 60 มล./ นาที/ 1.73 ตร.ม. โดยอาจตรวจพบทางห้องปฏิบัติการว่าไตถูกทำลายหรือไม่ก็ได้

อัตราการกรองของไต

อัตราการกรองของไตเป็นการตรวจหาค่าอัตราการไหลผ่านของเลือดผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที ในการประเมินค่าอัตราการกรองของไต สามารถใช้สูตรสำเร็จรูปหรือสมการคำนวณ estimated GFR (eGFR) โดยสมการที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถประเมิน eGFR ได้แม่นยำที่สุดในปัจจุบัน คือ สมการของ Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI)

1. สูตรสำหรับผู้หญิง GFR (mL./ mine/ 1.73 m<sup>2</sup>)

$$\text{Serum creatinine} \leq 0.7 = 141 \times (\text{Scr}/0.7)^{-0.329} (0.993)^{\text{Age}} [\times 1.159 \text{ if black}]$$

$$\text{Serum creatinine} > 0.7 = 141 \times (\text{Scr}/0.7)^{-1.209} (0.993)^{\text{Age}} [\times 1.159 \text{ if black}]$$

2. สูตรสำหรับผู้ชาย GFR (mL./ mine/ 1.73 m<sup>2</sup>)

$$\text{Serum creatinine} \leq 0.9 = 141 \times (\text{Scr}/0.9)^{-0.411} (0.993)^{\text{Age}} [\times 1.159 \text{ if black}]$$

$$\text{Serum creatinine} > 0.9 = 141 \times (\text{Scr}/0.9)^{-1.209} (0.993)^{\text{Age}} [\times 1.159 \text{ if black}]$$

การคำนวณหาค่าอัตราการไหลผ่านของเลือดผ่านตัวกรองของไตในปัจจุบันมีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากสามารถบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของไตและใช้ในการจัดแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังได้

ระยะและอาการของโรคไตเรื้อรัง

การกำหนดระยะของโรคไตเรื้อรังเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของไตที่ถูกทำลายและเป็นเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีความเหมาะสมกับระยะของโรค โดยจำแนกระยะของโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต (eGFR) เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เนื้อไตถูกทำลายแต่อัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับปกติหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร เป็นระยะแรกของโรคไตเรื้อรังอาจถูกตรวจพบได้โดยบังเอิญซึ่งการวินิจฉัยจะพบปริมาณโปรตีนอัลบูมิน (albumin) เพิ่มขึ้นในปัสสาวะหรือเมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงอัลตราซาวด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะพบว่ามี ความผิดปกติทางโครงสร้างของไต



ระยะที่ 2 เป็นระยะที่มีการทำลายไตเล็กน้อย และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ในระยะนี้ไตมีความเสื่อมลงเล็กน้อย ผู้ป่วยมักยังไม่มีอาการหรืออาจมีเพียงปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืนและมีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการตรวจในระยะนี้อาจพบพบปริมาณโปรตีนอัลบูมิน (Albumin) เพิ่มขึ้นในปัสสาวะและระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ระยะที่ 3a เป็นระยะที่มีการทำลายไตอย่างไม่รุนแรงจนถึงปานกลาง และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 45-59 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร

ระยะที่ 3b เป็นระยะที่มีการทำลายไตปานกลางไปจนถึงรุนแรง และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 30-44 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร

โดยทั้ง 2 กลุ่มเป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจยังไม่มีอาการหรือมีอาการบางอย่างเกิดขึ้นได้ หากตรวจปัสสาวะมักพบความผิดปกติของโปรตีนที่รั่วในปัสสาวะและระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงขึ้นซึ่งควรได้รับการติดตามตรวจการทำงานของไตทุก 6 เดือนหรือ 4 เดือน

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีการทำลายไตอย่างรุนแรง และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) เท่ากับ 15-29 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร เมื่อไตเสื่อมถึงในระยะนี้ของเสียในร่างกายมีการสะสมมากขึ้นซึ่งอาจมีอาการแสดงได้หลายประการ ได้แก่ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามร่างกาย เป็นต้น

ระยะที่ 5 หรือเรียกว่าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะที่ไตสูญเสียหน้าที่และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร จะพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะของเสียคั่งในร่างกายที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง อ่อนเพลียมาก สับสน ซึม ชัก หมดสติและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

### โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะที่ไตสูญเสียหน้าที่การทำงานอย่างถาวร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย แพทย์อายุรกรรมโรคไตจึงลงความเห็นให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เพื่อทดแทนไตที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณสารน้ำ เกลือแร่ และกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ หากผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (พงศธร คชเสนี และอนุตตร จิตตินันท์, 2562) ดังนี้

### ผลกระทบของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวรส่งผลให้มีของเสียคั่งในร่างกาย และกระทบต่อการทำงานในหลายระบบทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย ดังนี้

#### ด้านร่างกาย

##### 1. ระบบหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular system [CVS])

ความผิดปกติในระบบหลอดเลือดและหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพบอุบัติการณ์เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ได้มากถึงร้อยละ 13.6 (Chou et al., 2013) และเป็นสาเหตุของการทุพพลภาพและเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรของผู้ป่วย (Cobo, Lindholm, & Stenvinkel, 2018)

##### 2. ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

อาการที่เกิดจากความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารพบได้ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย เนื่องจากเยื่อช่องปากแห้งทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้รู้สึก อารมณ์คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอกจากนี้เอ็นไซม์ในน้ำลายของผู้ป่วยที่มีภาวะยูรีเมียจะถูกเปลี่ยนเป็นแอมโมเนีย ผู้ป่วยในระยะนี้จึงพบแผลขนาดเล็กทั้งในช่องปากและทางเดินอาหาร (Cobo et al., 2018)

##### 3. ระบบประสาท (Nervous system)

ภาวะความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งเป็นผลมาจากการคั่งของของเสียในเลือด (Uremic neuropathy) เป็นสาเหตุให้การนำกระแสประสาทของกล้ามเนื้อลดลงอาการแสดงที่พบ เช่น การเกิดตะคริวหรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขาซึ่งพบว่าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สมดุลของกรด-ด่าง และอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะ โซเดียม แคลเซียม และฟอสฟอรัส นอกจากนี้ยังพบ การเสื่อมของสมองซึ่งเป็นผลมาจากการเสียเลือด (Uremic encephalopathy) ทำให้ผู้ป่วยสับสน ประสาทหลอน (Hallucination) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ร่วมกับความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง และสารสื่อประสาททำให้ผู้ป่วยมีภาวะนอนไม่หลับ (He et al., 2016)

##### 4. ระบบเลือด (Hematologic system)

ภาวะเลือดจางเป็นความผิดปกติที่พบได้มากกว่าร้อยละ 90 โดยสาเหตุหลักมาจาก ฮอร์โมนอีริโทโปอิติน (Erythropoietin hormone [EPO]) ร่วมกับภาวะขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency) และความผิดปกติของกระบวนการสร้างเม็ดเลือดจากไขกระดูก นอกจากนี้การเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของเกล็ดเลือดที่ผิดปกติยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโลหิตจาง และโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้น (Cherng et al., 2018) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะโลหิตจางจึงต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ EPO และธาตุเหล็กทดแทน โดยผลการรักษาจะพิจารณาจากระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb)

และระดับฮีมาโตคริต (Hematocrit: Hct) ร่วมกับการพิจารณาระดับธาตุเหล็กในร่างกายผู้ป่วย (Akizawa et al., 2018)

#### 5. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal system)

ภาวะกระดูกเสื่อมจากโรคไตเรื้อรัง (Renal osteodystrophy) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบมากในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิต ความผิดปกติดังกล่าวเกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับพาราไทรอยด์ส่งผลให้กระบวนการเมตาบอลิซึมของกระดูกผิดปกติโดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดกระดูกก่อให้เกิดปัญหาทางด้าน การเคลื่อนไหวซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Liu et al., 2018)

#### 6. ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immune systems)

การลดลงของระดับเม็ดเลือดขาวและสารภูมิคุ้มกันของร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการสะสมของของเสียภายในร่างกาย (Uremic toxin) และภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันและรับการแก้ไขภาวะโภชนาการหากพบภาวะขาดสารอาหาร (Ahmed & Narayanan, 2019)

#### ด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความเครียด วิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยจึงต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา เช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม (Bujang et al., 2015) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดงานหรือเป็นหัวหน้าครอบครัวการรักษาที่อาจจะส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย (อรอนงค์ วิจิตรเลิศ และคณะ, 2561) อีกทั้งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ ภาวลักษณะและสัมพันธ์ภาพทางเพศเปลี่ยนแปลงร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมีย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจึงไม่สามารถมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการรักษาและความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการรักษาแยกลงและเสียชีวิตในที่สุด (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

### ด้านเศรษฐกิจและสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จึงใช้ระยะเวลาในการรักษานานหรือตลอดชีวิต จึงอาจมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ ผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 15,000-25,000 บาท ต่อเดือน ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางหน้าช่องท้องจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 12,000-25,000 บาทต่อเดือน ซึ่งยังไม่รวมค่ายาอื่น ๆ ที่เพิ่มเติม ในส่วนผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเปลี่ยนไตจะมีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด 150,000-250,000 บาท นอกจากนี้ยังมีค่ายากดภูมิคุ้มกันประมาณ 35,000 บาท ในระยะ 1 ปีแรก และหลังจาก 1 ปีมีค่ายากดภูมิคุ้มกันประมาณเดือนละ 10,000 บาท จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้ป่วยไม่มีการวางแผนในการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะล้มละลายจากการรักษาได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และอาจตัดสินใจสิ้นสุดการรักษา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อไตสูญเสียหน้าที่และไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงด้านร่างกายร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษาดูแลตลอดชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสภาวะเศรษฐกิจตามมา ผู้ป่วยในระยะนี้จึงต้องได้รับการรักษาโดยวิธีบำบัดทดแทนไต เพื่อมุ่งเน้นการกำจัดของเสียร่วมกับบรรเทาภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติที่สุด

### วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย หรือการทำงานของไตเสียไปประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ การทำงานของไตที่หลงเหลืออยู่นั้นไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้เพียงพอที่จะรักษาสสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงมากจนถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไตหรือเรียกว่าวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี (��ชวาล วงศ์สารี, 2559; อุษณา ลูวีระ, 2555) ดังนี้

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการขจัดของเสียที่คั่งค้างในร่างกายโดยใช้เครื่องไตเทียมที่มีตัวกรอง (Dialyser) ทำด้วยเยื่อบาง (Semipermeable membrane) ขอมให้ น้ำเกลือแร่ และสารโมเลกุลขนาดเล็กผ่านไปยังน้ำยาฟอกเลือดที่มีเกลือแร่และความเป็นด่างคล้ายเลือด (Dialysate) โดยวิธีการพา (Convection) และการแพร่กระจาย (Diffusion) และใช้กระบวนการอัลตราฟิลเตรชัน (Ultrafiltration) ภายในตัวกรองเพื่อขจัดของเสียและน้ำส่วนเกินเมื่อเลือดผ่านตัวกรองของเสียในเลือดจะถูกกรองและลดลงอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ

และเลือดจะถูกส่งกลับคืนสู่ผู้ป่วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นต้องทำครั้งละประมาณ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยจะทำในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมียรุนแรง จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ได้แก่ ซีดอย่างรุนแรง ปวดตามร่างกาย หัวใจล้มเหลว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หมดสติ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในเรื่องของ เชื้อบวมช่องท้อง จะได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งการบำบัด ทดแทนไตวิธีนี้ต้องทำในโรงพยาบาลหรือศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากล และมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม

2. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง เป็นการล้างไตวิธีหนึ่งซึ่งอาศัยผนังเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) ทำหน้าที่คล้ายเยื่อกรองของไต และใช้น้ำยา (Peritoneal fluid) ที่มีคุณสมบัติ คล้ายเลือดเข้าสู่ช่องท้อง การล้างไตผ่านทางช่องท้องจึงจำเป็นต้องใช้ท่อพิเศษสำหรับใส่น้ำยา ล้างไตทางช่องท้อง โดยต้องมีลักษณะนิ่มและทำมาจากวัสดุที่ร่างกายไม่เกิดปฏิกิริยาต่อต้าน เช่น ซิลิโคน เป็นต้น แพทย์จะทำการผ่าตัดหรือเจาะหน้าท้องแล้วใส่ท่อเข้าสู่ช่องท้องของผู้ป่วย ปลายสายด้านหนึ่งอยู่ในช่องท้องที่ตำแหน่งต่ำสุดของช่องท้อง ปลายอีกด้านหนึ่งทะลุผ่านผนัง หน้าท้องออกมาบริเวณผิวหนังของผู้ป่วยในบริเวณต่ำกว่าสะดือเล็กน้อย เพื่อเป็นช่องทาง ต่ออุ้งน้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องและเป็นช่องทางระบายน้ำยาออกจากร่างกาย กลไกการแลกเปลี่ยน ของเสียจะเกิดขึ้นเมื่อปล่อยน้ำยาเข้าสู่ช่องท้อง ของเสียในเลือดที่มีความเข้มข้นสูงกว่าน้ำยาล้างไต จะมีการแพร่กระจาย (Diffusion) ผ่านเยื่อช่องท้องมายังน้ำยาล้างไต ในขณะที่น้ำส่วนเกิน จะถูกดูดออกโดยวิธีออสโมซิส (Osmosis) โดยต้องปล่อยน้ำยาแช่อยู่ในช่องท้องนาน 3-4 ชั่วโมง จึงปล่อยออก น้ำยาจะถูกถ่ายเทโดยอาศัยแรงโน้มถ่วงเป็นตัวช่วยในการไหลของน้ำ และจึงปล่อย น้ำยาล้างไตใหม่เข้าไปแทนที่ ทำเช่นนี้ต่อเนื่องกันไป 4-6 ครั้งต่อวัน แต่ในปัจจุบันมีวิวัฒนาการ ที่ดียิ่งขึ้นในกรณีผู้ป่วยไม่สะดวกล้างไตในเวลากลางวัน จึงมีการนำเครื่องแลกเปลี่ยนน้ำยา อัดโนมัตมาใช้โดยเปลี่ยนน้ำยาเฉพาะเวลากลางคืนทำให้สะดวก ไม่ยุ่งยาก และไม่เสียโอกาส ในการทำงานเรียกวิธีนี้ว่า Automated peritoneal dialysis (APD) การบำบัดทดแทนไตวิธีนี้ เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านหัวใจและ หลอดเลือด นอกจากนี้รัฐบาลยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกัน สุขภาพ สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต และลดโอกาสเกิดภาวะล้มละลายจากการรักษา โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด หากผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นอันดับแรก

3. การปลูกถ่ายไต เป็นการผ่าตัดนำไตจากผู้บริจาคใส่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย ไตใหม่สามารถทำหน้าที่แทนไตเดิมได้ ซึ่งการเปลี่ยนไตจำเป็นต้องมีผู้บริจาคไตที่สามารถเข้าได้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันและอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอดชีวิต หากขาดยากดภูมิคุ้มกันร่างกายจะปฏิเสธไตที่ได้รับใหม่ ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ และอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ ปัจจุบันการปลูกถ่ายไตนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ประสบความสำเร็จสูง ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่ต้องฟอกเลือดหรือล้างไตทางหน้าท้องไปตลอดชีวิต และสามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติ มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) แม้ว่ากรปลูกถ่ายไตจะเป็นการรักษาที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแต่เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีความต้องการปลูกถ่ายไตถึง 40,000 ราย ในขณะที่สามารถปลูกถ่ายไตได้เพียงปีละ 400 รายเท่านั้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2559) อีกทั้งการปลูกถ่ายไตไม่สามารถทำได้ทันที มีขั้นตอนที่ซับซ้อน และมีข้อจำกัดในเรื่องของการรอรับบริจาคไตจากผู้อื่น การตัดสินใจเลือกวิธีปลูกถ่ายไตจึงต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน และอาจไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย อีกทั้งค่าใช้จ่ายของยากดภูมิคุ้มกันที่มีราคาสูง ในผู้ป่วยบางรายค่าใช้จ่ายของยากดภูมิคุ้มกันอาจเกินกว่าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจะแบกรับได้ การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องจึงเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเพียงการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพียง 2 วิธี และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลของงานวิจัยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไตเพียง 5 รายต่อปี เนื่องจากขาดแคลนผู้บริจาคไต

แม้ว่าวิธีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตจะเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคและมีข้อจำกัดด้านการบำบัดทดแทนไต แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องยอมรับในภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าก่อนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง (Almutary et al., 2016) โดยเป้าหมายหลักของการรักษา คือ คงสภาพไตส่วนที่เหลือให้สามารถทำงานทดแทนไตที่สูญเสียหน้าที่ อีกทั้งเป็นการรักษาตามลักษณะอาการที่สัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น การควบคุมเรื่องภาวะบวม น้ำ ภาวะสมดุลเกลือแร่ที่เปลี่ยนแปลง ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การรักษาภาวะโลหิตจาง บรรเทาความเจ็บปวด ปัญหาทางสุขภาพจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุข (ธีรศักดิ์ ตั้งวงษ์เลิศ, 2559)

ดังนั้น การรักษาแบบประคับประคองจึงไม่ได้ถูกกล่าวถึงในการศึกษา เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการบำบัดทดแทนไตหรืออยู่ในระยะปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวจะไม่เข้าเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นระยะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่กำจัดของเสียออกจากร่างกายการสูญเสียหน้าที่ของไตส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ผู้ป่วยในระยะนี้จึงต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อกำจัดของเสียที่คั่งภายในร่างกายเพื่อทดแทนการสูญเสียหน้าที่ของไต ในปัจจุบันวิธีบำบัดทดแทนไตมี 2 วิธีที่เป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจึงเป็นผลจากการคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ จากข้อมูลที่ได้รับจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับโรคไต การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมไปถึงคำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบต่าง ๆ ของการบำบัดทดแทนไต โดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดี ภายหลังจากการบำบัดทดแทนไตเป็นองค์ประกอบเพิ่มเติม ที่จะสามารถทำให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเองและตอบสนองเป้าหมายหรือความต้องการของตนเอง (อนุตตร จิตตินันท์, สมชาย เอี่ยมอ่อง, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และวรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, 2558) แม้ว่าการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันจะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับผู้ป่วย เพื่อให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบำบัดทดแทนไตที่ตนเลือกและคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Ladin et al., 2017) แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $n = 67$ ) โดย Bezerra et al. (2018) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากการชี้แนะของทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่าการคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีนั้น ๆ เกิดความเครียดและไม่คงอยู่ในรักษาอย่างยั่งยืน ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบจากภาวะยูรีเมียตามมาในทุกะบบของร่างกาย การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพจึงต้องมีการตัดสินใจที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเพื่อช่วยให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองมากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพตามมา (Harrison, 1981) ซึ่งกระบวนการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหา เพื่อกำหนดขอบเขตของเรื่องที่จะตัดสินใจ เมื่อทราบปัญหาจึงศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหานั้นอย่างรอบคอบ
2. พิจารณาเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่มีอยู่หลายทางได้อย่างอิสระ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความคาดหวังภายหลังการตัดสินใจเป็นส่วนประกอบ
3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกที่พิจารณาไว้แล้ว
4. ตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ซึ่งพิจารณาผลดีผลเสียจากทางเลือกวิธีแก้ปัญหานั้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบและคาดว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด
5. นำข้อตัดสินใจนั้นไปปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการพิจารณาถึงระยะเวลา บุคคล ที่ต้องเกี่ยวข้องกับตัดสินใจในครั้งนี้เพื่อให้มีการบรรลุวัตถุประสงค์ในการตัดสินใจมากที่สุด
6. การประเมินบนพื้นฐานของสถานการณ์ที่ตัดสินใจโดยดูจากประสิทธิภาพที่ได้รับ และการยอมรับการตัดสินใจนั้น ๆ

แม้การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นผลที่เกิดจากการคิดวิเคราะห์ ใตร่ตรองข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือได้มาจากการเรียนรู้หรือจากประสบการณ์ของตนเอง และมีขั้นตอนในการตัดสินใจที่ชัดเจน ดังที่กล่าวมาในข้างต้น อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุดย่อมเกิดขึ้น จากความมีเอกสิทธิ์และความเป็นอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองจึงเป็นแนวทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความเหมาะสมต่อตนเอง อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการบำบัดทดแทนไตและช่วยลดการเปลี่ยนรูปแบบการรักษาในอนาคต

### ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory)

ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองโดย Ryan and Deci (2017) ได้ถูกการพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1971 สร้างขึ้นมาจากผลการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีมุมมองว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นและริเริ่มลงมือกระทำเมื่อมีแรงจูงใจเป็นสิ่งที่เร้าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือความพึงพอใจในการตัดสินใจ ซึ่งแรงจูงใจถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีแรงจูงใจ (Amotivation) เป็นระดับที่ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นหรือมีพฤติกรรมแสดงออกมาน้อย 2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นแรงผลักดันภายนอกที่ทำให้ตัวบุคคลมีพฤติกรรมแสดงออก เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน ความรู้สึกถูกกดดันในการกระทำกิจกรรม การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความผิด และ 3) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) เป็นระดับของแรงจูงใจที่เกิดจากบุคคลมีความสนใจ เห็นคุณค่า และพึงพอใจในทางเลือก



ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลต้องการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง โดยปราศจากปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง หากการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดจากแรงจูงใจภายใน พฤติกรรมดังกล่าวจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืน แสดงให้เห็นว่าระดับของแรงจูงใจทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันและทุกระดับของแรงจูงใจสามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรมร่วมกันได้ (Deci & Ryan, 2002) เช่นเดียวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการรักษาเพื่อทดแทนไตที่สูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติและยืดระยะเวลาการมีชีวิตให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมเป็นส่วนหนึ่งที่ตั้งผลให้ผู้ป่วยคงอยู่กับการบำบัดทดแทนไตได้ต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีบำบัดทดแทนไตที่เป็นทางเลือกหลัก 2 วิธี ได้แก่ วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน แม้ว่าจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ให้คำแนะนำในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต แต่การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตโดยแท้จริงย่อมขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นสำคัญ (พงศธร คชเสนี และอนุตตรจิตตินันท์, 2562)

สำหรับการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาสามารถเกิดขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในระยะสุดท้าย โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในด้านข้อดีและความเสี่ยงของการบำบัดทดแทนไต และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วิธีการดำเนินชีวิต ค่านิยมและความต้องการ รวมไปถึงการสนทนาถึงทางเลือกของการรักษาและการเจรจาต่อรองเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษา (Charles, Gafni, & Whelan, 1999) งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แรงจูงใจภายในมาอธิบายการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการใช้แรงจูงใจภายในมาช่วยขับเคลื่อนการตัดสินใจ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง และวิธีการบำบัดทดแทนไตอย่างแท้จริง ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ความแตกต่างของกระบวนการบำบัดทดแทนไต ข้อดีข้อเสียของในแต่ละวิธี ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมไปถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยพึงพอใจ (สุวรรส ลีลาศ, พิธิษฐ์ เวชกามา, น้อยเล็ก คุณวาราศิษย์ และแสวง วัชรชนกิจ, 2561) ก่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแรงจูงใจภายในประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ดังนี้

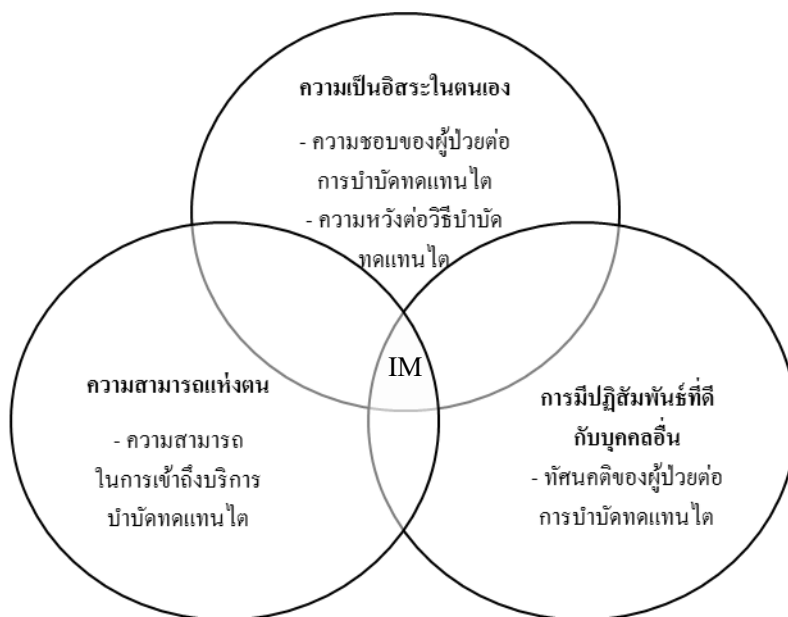
1. ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึงการรับรู้ความเป็นอิสระในด้านของความคิด ความรู้สึก การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเองหรือข้อมูลจากบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อถือ นำไปสู่การคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรองถึงผลดี ผลเสียของกระบวนการและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องเข้ารับการรักษาลดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยจึงต้องคาดหวังถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่เกิดขึ้นภายหลังการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้ตนเองรู้สึกพึงพอใจต่อการรักษาและคงอยู่ในการรักษาอย่างยั่งยืน ความเป็นอิสระในตนเองจึงเป็นปัจจัยความต้องการแรกที่มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างแท้จริง นอกจากนี้ การศึกษาของ Ladin et al. (2018) การสนับสนุนความเป็นอิสระของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถด้านจัดการ แสวงหาและมีแรงผลักดันในการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น

2. ความสามารถแห่งตน (Competence) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการ แสวงหาวิธีการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยตนเอง ซึ่งความสามารถแห่งตนจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้นั้นเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนปัจจัยความต้องการด้านความเป็นอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในด้านการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมตามกระบวนการบำบัดทดแทนไต ด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษา นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยความเชื่อมั่น เกิดความสนใจ ใส่ใจต่อการตัดสินใจมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงสามารถเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3. การมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) เป็นโอกาสในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลทั้งภายในและภายนอกครอบครัวเพื่อให้บุคคลนั้น ๆ สนับสนุนความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตจากบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติที่ไปในทิศทางเดียวกันกับผู้ป่วยร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ไม่มีการควบคุม ปราศจากอคติ มีอิสระทางด้านการคิด และได้รับการสนับสนุนการตัดสินใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดทดแทนไตและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษา

การตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายในจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองปัจจัย

- 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ความเป็นอิสระในตนเอง 2) ความสามารถแห่งตน และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) (Ryan, 1982; Ryan & Deci, 2000; Ryan & Deci, 2017) สรุปได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แรงจูงใจภายใน

นอกจากผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ข้อมูลของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และฐานะทางการเงินที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การตัดสินใจจึงควรมีการปรึกษาร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้ตรง ทบทวน เกี่ยวกับความเหมาะสมและความพร้อมก่อนเข้ารับบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้แรงจูงใจภายในตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับต่อการบำบัดทดแทนไตชนิดนั้นได้ดีขึ้น (พงศธร คชเสนี, 2560; Pereira, Chemin, Menegatti, & Riella, 2016) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตจากผู้เชี่ยวชาญแต่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่แรงจูงใจภายในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังเพียงว่าวิธีบำบัดทดแทนไตแบบใดมีความปลอดภัยมากที่สุดและไม่ได้ดำเนินการด้วยตนเอง

เนื่องจากขาดความมั่นใจอาจทำให้วิธีบำบัดทดแทนไตมีความไม่เหมาะสมกับบริบทของโรคประจำตัว และสถานะทางการเงิน ซึ่งอาจเกิดปัญหาในด้านของความต่อเนื่องในการรักษา และผลลัพธ์ด้านการรักษาตามมา (Li et al., 2017) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงต้องมีการใช้แรงจูงใจภายในในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตโดยคำนึงถึงปัจจัยความเป็นอิสระในตนเอง ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และปัจจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และผลลัพธ์ด้านการรักษาในระยะยาวเป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับการรักษาไปตลอดชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและผู้ป่วยสามารถอยู่กับการรักษาได้อย่างมีความสุข

การศึกษาในครั้งนี้จึงได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยมุ่งเน้นการตัดสินใจโดยใช้แรงจูงใจภายในเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญอยู่กับการรักษาไปตลอดช่วงชีวิต วิธีบำบัดทดแทนไตที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และสถานะทางเศรษฐกิจจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก หากผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมียที่มีความรุนแรง และเสียชีวิตในที่สุด (Keating, Walsh, Ribic, & Brimble, 2014; Qazi et al., 2018) นอกจากนี้การตัดสินใจด้านการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของตนเองและครอบครัวอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ และสถานะทางด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวได้ถึงร้อยละ 61 ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความต่อเนื่องในการรักษา (อรอนงค์ วิจิตรเลิศ และคณะ, 2561) จะเห็นได้ว่าการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีความจำเป็นต้องใช้แรงจูงใจภายในเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เกิดจากผู้ป่วยโดยแท้จริง นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี และความคงอยู่ในการรักษาที่ยาวนาน (Ryan & Deci, 2017)

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการของโรคมากขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อกำจัดของเสียทดแทนไตที่สูญเสียหน้าที่ไป โดยปัจจุบันมีวิธีบำบัดทดแทนไตที่เป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2 วิธี ได้แก่ วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องภายใต้กรอบแนวคิดของ Ryan and Deci (2017) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความคิด ความรู้สึก ที่คาดหมายถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต และแสดงออกเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคล โดย Miller (1985) ได้กล่าวว่า ความหวังบุคคลจะเกิดขึ้นได้สมบูรณ์เมื่อผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึกที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่นและต่อชีวิต ซึ่งหมายถึง การรู้ถึงความหมายของการมีชีวิตและมีทัศนคติทางบวกต่อการดำเนินชีวิต 2) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุณกลัวต่อความหวัง เป็นการรับรู้ถึงความจริง ไร้เหตุผลในการพิจารณาในสิ่งที่เป็นไปได้ทำให้เกิดความหวังมีความยืดหยุ่นและไม่ผิดหวังได้ง่าย 3) ความหวังเกี่ยวกับอนาคตเป็นแรงจูงใจว่าจะเกิดสิ่งที่ดีในอนาคต และมีการวางแผนเกี่ยวกับอนาคตเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อความหวัง หากบุคคลไม่มีความหวัง ส่งผลให้เกิดผลกระทบในด้านของความผาสุกทางจิตใจ การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย การรักษา และการฟื้นฟูหายจากโรค เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ปัจจัยความหวังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา อีกทั้งความหวังยังเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษาในอนาคตเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ (Davison & Simpson, 2006; Ladin et al., 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาเกณฑ์เลือกวิธีการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดย Mazzuchi et al. (2000) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความหวังเกี่ยวกับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตทำให้ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาว และสามารถหายเป็นปกติได้ ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต

แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อผู้ป่วยมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี จะนำไปสู่การเกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเลือกวิธีดูแลตนเองต่อไป ความหวังจึงเป็นรากฐานในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยมีความหวังและมีการรับรู้เรื่องการรักษา

ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปรารถนาในการแสวงหาวิธีการรักษาและเพิ่มคุณค่าของชีวิตให้มีความสุขมากยิ่งขึ้น (Miller, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา ( $n = 8$ ) ของ Eneanya et al. (2020) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสมกับตนเองและผู้ดูแลย่อมมาจากความหวังถึงผลลัพธ์การรักษา ทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหวัง และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีจำนวนน้อย อีกทั้งยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ นอกจากนี้ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี ย่อมนำไปสู่ความชอบต่อวิธีการรักษานั้น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยจะเชื่อว่าการรักษาที่ตนเองตัดสินใจเลือกทำให้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติดั้งเดิม ปัจจัยความหวังจึงเป็นปัจจัยที่มีความน่าสนใจและคาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความปรารถนาในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตตามวิธีที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง และจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้เหมาะสม และช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนั้น ๆ ได้ (Joy, Litter, Maruthur, Purnell, & Bridges., 2013) และความชอบจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการรักษาของตนเอง (ความเหมาะสมของวิธีการรักษากับความเจ็บป่วย ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการรักษา ความสะดวกสบายในการเข้ารับการรักษา และประสิทธิผลของวิธีการรักษา) (Sidani, Epstein, Bootzin, Moritz, & Miranda, 2009; Witteman et al., 2015) ความชอบจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้การตัดสินใจด้านการรักษา มีความสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ป่วย โดยแท้จริง ซึ่งส่งผลให้มีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีตามมา (Klose et al., 2016) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยทุกรายย่อมคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีของการรักษา จะได้เข้ารับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยข้อมูลที่ได้รับประกอบด้วย ความเหมาะสมของวิธีบำบัดทดแทนไตกับการดำเนินของโรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบำบัดทดแทนไต ความสะดวกในการบำบัดทดแทนไต และประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากบำบัดทดแทนไต (อนุตตร จิตตินันท์ และคณะ, 2558) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตอบสนองต่อความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาการตัดสินใจและความพึงพอใจต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ของ Ladin et al. (2018) พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตและมีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจึงต้องมาจากพื้นฐานของความชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีขึ้น และบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Elwyn et al., 2012; Jager et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความชอบและผลทางคลินิกต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 458 ราย ในประเทศนิวซีแลนด์ของ Jayanti, Foden, Wearden, and Mitra (2016) พบว่า ความชอบของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับความชอบของตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้การศึกษาระบุเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1,960 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Zee et al. (2018) พบว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีพื้นฐานมาจากความชอบของผู้ป่วยจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการบำบัดทดแทนไต และเกิดเป็นผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับบำบัดทดแทนไตในผู้สูงอายุ ( $n = 35$ ) ในช่วงเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 2016 ถึง เดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2017 ของ Ladin et al. (2018) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ถูกละเอียดการพิจารณาถึงความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีความสำคัญต่อความคงอยู่ในการรักษาและผลลัพธ์ด้านการรักษาของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยจะมีแรงผลักดันให้มีความสามารถในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง และแสวงหาแนวทางในการรักษาเพื่อให้ตนเองได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้

3. ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต เป็นศักยภาพของผู้ป่วยในการเข้าใช้บริการบำบัดทดแทนไตของสถานที่ให้บริการบำบัดทดแทนไต โดยต้องมีความครอบคลุมมิติทั้งในส่วนบุคคลและระบบบริการ โดยสามารถอธิบายการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ (Penchansky & Thomas, 1981) ได้แก่ 1) ความพร้อมของแหล่งบริการ (Availability)

เป็นความพอใจของสถานบริการและความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการ

2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) เป็นทำเลสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง ระยะทาง เวลาในการเดินทาง และราคาค่าบริการ 3) การอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) เป็นความพึงพอใจในการใช้บริการได้อย่างสะดวก 4) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ และ 5) การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในประเทศอังกฤษของ Rosen, Florin, and Dixon (2001) ได้กล่าวว่า ความสามารถในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่บริการสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนในระบบสุขภาพ หากผู้ป่วยทุกรายสามารถเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม มีความสะดวกต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย และมีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบสุขภาพ การรักษา ก็จะสามารเป็นตัวชี้วัดที่บอกได้ว่าผู้ป่วยมีศักยภาพ และมีหนทางในการเข้าถึงบริการของระบบสุขภาพที่พึงได้ และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

แต่ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เพียงหัวข้อของการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) เท่านั้นเนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีผลการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการรับบริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของ Lorcy, Turmel, Oger, Couchoud, and Vigneau (2015) ผลการศึกษาพบว่า ระยะทางและการรับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จำนวน 59 คน ในสาธารณรัฐสิงคโปร์ โดย Griva, Li, Lai, Choong, and Foo (2013) พบว่า ระยะเวลาและความห่างไกลในการเดินทางเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

นอกจากนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง จำนวน 656 คน ในไต้หวัน โดย Chiang et al. (2016) พบว่า ระยะเวลากการเดินทางไปศูนย์บริการบำบัดทดแทนไตไม่มีผลกับตัดสินใจเลือกวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง เช่นเดียวกับ



การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง ผลกระทบของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนในประเทศแคนาดา ของ Keating et al. (2014) ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเดินทางไปศูนย์บำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สอดคล้องกับการสำรวจผลกระทบของความห่างไกลกับการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 70,131 คน ของ Wang et al. (2017) ผลการศึกษาพบว่า ความห่างไกลและระยะทางของสถานบริการบำบัดทดแทนไตไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในขณะที่การศึกษาของ Huang et al. (2010) ได้กล่าวว่า ระยะทางที่มีความห่างไกล และการใช้เวลาในการเดินทางเป็นระยะเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกรักษาด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีเพียงแต่เพียงการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ระยะทาง และสิทธิประโยชน์ทางการรักษา ซึ่งยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเป็นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อีกทั้งหลายการศึกษา ยังคงมีผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถในการเข้ารับบำบัดทดแทนไต ให้ครอบคลุมทุกมิติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งคาดว่า น่าจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้

4. ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรู้สึกต่อสถานะความเจ็บป่วย และแรงจูงใจในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมตามกระบวนการบำบัดทดแทนไต ภายหลังจากการได้รับข้อมูลของวิธีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งอาจเกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากบุคคลที่ตนเชื่อถือและให้ความสำคัญ (Lazarewicz et al., 2018) ทศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาและภาวะสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีพื้นฐานด้านทศนคติที่ประกอบไปด้วย ความเข้าใจ ความรู้สึกเชิงบวก ความรู้สึกเชิงลบต่อภาวะความเจ็บป่วย และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้เป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย (Chylinska et al., 2017)

จากการศึกษาทศนคติในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ผ่านมา เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์หรือจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค กระบวนการบำบัดทดแทนไต และคาดหวังผลลัพธ์หลังจากเข้ารับการรักษา เป็นความรู้สึกทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ แต่ส่วนใหญ่ความรู้สึกต่อการบำบัดทดแทนไต มีการถูกกล่าวถึงประสบการณ์ในเชิงลบจากผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ที่ตนเองคาดหวังมีความสุขสบาย และสะดวกมากกว่า ซึ่งขาดการคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคของการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 857 คน โดย Prakash et al. (2013) กล่าวถึงประสบการณ์และการได้รับข้อมูลในเชิงลบว่าการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นสาเหตุของการติดเชื้อภายในช่องท้องทำให้มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง เมื่อได้รับข้อมูลประสบการณ์ในเชิงลบผู้ป่วยจะวิเคราะห์ และให้ความหมายกับการล้างไตผ่านทางช่องท้องในเชิงลบ และเกิดเป็นความกลัวทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะไม่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องถึงร้อยละ 46 เช่นเดียวกับการศึกษาผลการดำเนินงานล้างไตผ่านทางช่องท้องในอำเภอวิเชียรบุรีของ ชัยชนะ จันทกริต (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 50 ได้รับข้อมูลและมีความรู้สึกในเชิงลบต่อกระบวนการล้างไตผ่านทางช่องท้องว่าทำให้การติดเชื้อที่เยื่อช่องบ่อยครั้งและเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และขาดแรงจูงใจในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 43 คน ในประเทศนิวซีแลนด์ของ Walker et al. (2016) ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการรักษา และผลกระทบด้านการดำเนินชีวิตที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเข้ารับบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในเชิงลบและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกว่าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด

นอกจากนี้การศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จำนวน 482 คน ของ Robinski, Mau, Wienke, and Girndt (2016) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวก และเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตในวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องทำให้ผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 65 มีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องมากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีเพียงร้อยละ 23 สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 18 คน ในประเทศอังกฤษของ Winterbottom et al. (2012) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลในเชิงบวกจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ เกี่ยวกับวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความสะดวกสบาย บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญ ผู้ป่วยจึงรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย มีความรู้สึกที่ดีต่อวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่าวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง

แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไต และนำมาวิเคราะห์เป็นความรู้สึกทั้งในเชิงบวก และในเชิงลบ ย่อมส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทน โดยมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกันกับการตีความหมายจากข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับ การศึกษาปัจจัยทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ในระยะแรกของโรคการรักษาจะเป็นการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต หากการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างต่อเนื่องซึ่งสร้างทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะยูริเมีย และสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ โดยการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต โดยวิธีการปลูกถ่ายไตนั้น ถึงแม้จะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดแต่มีข้อจำกัดในเรื่องของผู้บริจาคไตที่มีจำนวนน้อย การบำบัดทดแทนไตจึงเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไตมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยจะได้รับความแนะนำจากอายุรแพทย์โรคไต และสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไต ข้อดี ข้อเสียในแต่ละวิธีการปฏิบัติตัวก่อนบำบัดทดแทนไต ขณะบำบัดทดแทนไต และหลังบำบัดทดแทนไต สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายในกรณี que ผู้ป่วยต้องการเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องทราบถึงทางเลือกของตนทั้งหมดอย่างละเอียด เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตผ่านทางช่องท้อง แม้จะมีประสิทธิภาพในด้านของผลลัพธ์ทางการรักษาที่เทียบเท่ากัน แต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นและมีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้งกว่าล้างไตผ่านทางช่องท้อง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเกิดภาวะล้มละลายจากการรักษาเป็นจำนวนมาก การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเนื่องจากการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับร่างกาย จิตใจ และสภาวะทางเศรษฐกิจจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต

ที่มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดปัญหาทางด้านภาวะเศรษฐกิจตามมา ซึ่งการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีวิธีบำบัดทดแทนไตในอนาคต โดยมีความพึงพอใจต่อตนเอง ผู้อื่นและต่อชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการรับรู้ความเป็นจริงเป็นพื้นฐานสำคัญ หากผู้ป่วยมีความหวังต่อการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่แสวงหาวิธีการรักษา และสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ปัจจัยความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเหมาะสม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หลังเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยภายในปัจจัยหนึ่งที่สามารถกำหนดทิศทางการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของตนเองได้ ปัจจัยความสามารถในการเข้ารับบำบัดทดแทนไตที่ครอบคลุมด้านระยะทาง เวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งปัจจัยที่สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและสถานบริการมีสมรรถนะในการเอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดที่ดีของระบบสุขภาพในเรื่องของการให้บริการได้อย่างทั่วถึงและผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ปัจจัยสุดท้าย คือ ปัจจัยทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นความเข้าใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลรอบข้าง ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันรวมไปถึงแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิธีบำบัดทดแทนไต และนำมาเป็นส่วนประกอบของการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อจะพัฒนาการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตและนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของการดำเนินชีวิตและตรงกับความต้องการของตนเองมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง บรรเทาอาการแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมียที่รุนแรง นำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่ลดลง และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการเข้ารับบำบัดทดแทนไต

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต (มีอัตราการกรองของไต < 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร) ซึ่งมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับแหล่งบริการบำบัดทดแทนไต และทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการพิจารณาผลเลือดเกี่ยวกับอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ < 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร และอายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และเป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคไต ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพิจารณาอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ < 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร จากผลการตรวจเลือดในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดตามปกติในวันนั้น และอายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการบำบัดทดแทนไตมาก่อน
3. ไม่มีข้อจำกัดในการล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจเป็นอย่างดี

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G\*Power analysis version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดให้ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation: Point biserial model) ซึ่งเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบสองทาง (ภาคผนวก ง) และได้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2004) และใช้ขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .30 อยู่ในระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2017) กำหนดได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 ราย

### การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

1 วันก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานและขอความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตในการให้ช่วยระบุหาหมายเลขผู้ป่วยนอก (HN) เฉพาะของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะมาตรวจตามนัดในวันรุ่งขึ้นต่อไปพร้อมพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์จากข้อมูลในระบบเวชระเบียน (ไม่รวมผู้ที่เคยได้รับการบำบัดทดแทนไตมาก่อน) แล้วดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลขคู่ หรือเลขคี่เพื่อกำหนดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเลขตัวสุดท้ายของหมายเลขผู้ป่วยนอกตรงกับเลขที่จับสลากได้เพื่อระบุและคาดว่าจะเป็กลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างประมาณ 10-20 รายต่อวัน

### สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 8.00-16.00 น. (1 วัน/สัปดาห์) โดยมีอายุรแพทย์โรคไตประจำห้องตรวจทุกห้อง จำนวน 4 ห้อง สำหรับให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 3 จนถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มาตรวจตามนัด หรือได้รับการส่งต่อจากแพทย์อายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยทุกรายที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไตได้มีแผนการรักษาล่วงหน้าให้ไปรับการเจาะเลือดที่ห้องตรวจเลือดเพื่อตรวจหาค่าอัตราการกรองของไต และผลตรวจได้ถูกส่งเข้าสู่ระบบเวชระเบียนในโรงพยาบาล (HosxP) เพื่อให้อายุรแพทย์โรคไตใช้ประกอบการตรวจรักษา

เวลา 8.00 น. ของวันอังคารทุกวันพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตเริ่มทำการประเมินสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และซักประวัติผู้ป่วย ก่อนเข้าพบอายุรแพทย์โรคไตตามคิวที่ได้รับ โดยอายุรแพทย์โรคไตได้เริ่มทำการตรวจตั้งแต่เวลา 10.30-15.00 น. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต

อายุรแพทย์โรคไตได้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายทดแทนไตที่สูญเสียหน้าที่ หรือเพื่อบรรเทาอาการแทรกซ้อนจากภาวะยูริเมียที่เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย และสอบถามถึงความสนใจในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแจ้งความประสงค์ในเบื้องต้นที่ตัดสินใจจะเข้ารับการรักษาและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อายุรแพทย์โรคไตจะส่งต่อผู้ป่วยไปพบพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตเพื่อเข้ารับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตหรือไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ พยาบาลประจำคลินิกโรคไตจะนัดหมายผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไตตามปกติ โดยอายุรแพทย์โรคไตจะมีการพิจารณาแนวทางการรักษาแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยรายนั้น จนกว่าผู้ป่วยจะแจ้งความประสงค์ขอเข้ารับการบำบัดทดแทนไตในครั้งต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว และประสบการณ์เข้ารับการให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต

2. แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ ละมัด เลิศล้ำ (2542) ได้แปลเป็นไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) จากเครื่องมือ Miller's hope scale ของ Miller (1985) ที่พัฒนามาจาก 11 แนวคิดย่อยที่ได้จากรายงานการสังเกต การทบทวนวรรณกรรม และการสะท้อนคิดจากมุมมองของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Maturity/Affiliation) ความรู้สึกเป็นไปได้ของบุคคล (Sense of the possible) การหลีกเลี่ยงความผิดหวัง (Avoidance of absolutizing) การมองถึงอนาคตที่ดีและเป็นไปได้ (Anticipation) การประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย (Achieving goals) ความสามารถในการปรับตัวและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Psychological well-being and coping) ชีวิตมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (Purpose and meaning in life) มีอิสระจากความยากลำบาก (Freedom) มีทักษะด้านการสร้างความหวังในชีวิต (Reality surveillance) การมองโลกในแง่ดี (อดีต ปัจจุบัน และอนาคต) (Optimism)

มีการกระตุ้นสร้างพลังงานและต่อสู้กับความผิดหวัง (Mental activation) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert scale 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) ซึ่ง Miller (1985) ได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี Interrater reliability จากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับความหวัง จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Interrater agreement) เท่ากับ 0.879 และตัดข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนและมีความซ้ำซ้อน จำนวน 16 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามของแบบประเมินเพียง 40 ข้อ จากนั้นได้ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Construct validity) ของแบบประเมินความหวัง (40 ข้อ) โดยวิธี Convergent validity กับเครื่องมือ Psychological well-being และความตรงเชิงจำแนกโดย Divergent validity กับเครื่องมือ Hopelessness scale พร้อมทั้งทำการตรวจสอบด้วยวิธี Factor analysis พบองค์ประกอบ 3 ปัจจัยของความหวัง ได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง บุคคลอื่น และชีวิต (Satisfaction with self, others, and life) จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 23, 24, 29, 30, 32, 36, 37 และข้อ 38 ปัจจัยที่ 2 ความสามารถในการพิจารณาหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่คุกคามต่อความหวัง (Avoidance of hope threats) จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11, 13, 16, 18, 25, 27, 28, 31, 33, 34, 39 และข้อ 40 และปัจจัยที่ 3 ความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตเป็นแรงจูงใจว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต (Anticipation of a future) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 6, 20, 21, 26 และข้อ 35 ดังนั้น เครื่องมือนี้จึงมีคุณสมบัติที่ดี (Psychometric properties)

โดยมีลักษณะข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 28 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 36 และข้อ 37) และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ (ข้อที่ 11, 13, 16, 18, 25, 27, 28, 31, 33, 34, 38, 39 และข้อ 40) ยังคงมีลักษณะเป็น 5 ระดับของ Likert scale (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่แน่ใจ = 3 เห็นด้วย = 4 และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) จากนั้นนำไปศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วย ( $n = 30$ ) และทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbranch alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.82

เนื่องจากเครื่องมือแบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีลักษณะข้อคำถามทั้งเชิงบวกและลบ จึงมีการกลับค่าคะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3



ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลแบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต (ละมัด เลิศล้ำ, 2542)

หากมีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตต่ำ

3. แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยมาจากเครื่องมือ Treatment perception and preference measure (TPP) ของ Sidani et al. (2018) ภายใต้กรอบแนวคิดการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหมาะสมของวิธีการรักษากับการดำเนินโรค ประโยชน์ของวิธีการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และความสะดวกของวิธีการรักษา (Witteman et al., 2015) โดยแบบประเมินถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา และแบบสอบถามความคิดเห็น การรับรู้เกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตที่คาดว่าจะตัดสินใจเลือก และส่วนที่ 2 แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จำนวน 9 ข้อ (ประกอบด้วย ผลลัพธ์ของวิธีการรักษา ความพึงพอใจ ความเสี่ยง และความสะดวกในการปฏิบัติตามขั้นตอนของการบำบัดทดแทนไต) โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 8 และข้อ 9 และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ คือ ข้อที่ 1 และ 7 มีลักษณะเป็น Likert scale 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0 ไม่เห็นด้วย = 1 ไม่แน่ใจ = 2 เห็นด้วย = 3 และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4)

แบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ (Psychometric properties) ในการศึกษาเกี่ยวกับการเลือกการรักษาของผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับในประเทศแคนาดา ( $n = 128$ ) (การรักษามี 5 วิธี ได้แก่ Pharmacological, Cognitive-behavioral therapy [CBT], Sleep education and hygiene [SHE], Stimulus control therapy [SCT], Sleep restriction therapy [SRT]) โดยข้อคำถามของแต่ละวิธีถูกนำไปหาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธี Item-total correlation ได้ค่าการจำแนกมากกว่า 0.30 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และได้ทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์มากกว่า 0.85 จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อคำถามด้วยวิธี Exploratory factor analysis (EFA) ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือ Treatment perception and preference measure (TPP) มีเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดความชอบวิธีการรักษา และสามารถนำมาใช้ในการประเมินความชอบวิธีการรักษาได้ในผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาทางเลือกของวิธีการรักษา

เนื่องจากเครื่องมือแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต มีลักษณะข้อคำถาม ทั้งเชิงบวกและลบ จึงมีการกลับค่าคะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	0
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	4

การแปลผลคะแนนความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต (Sidani et al., 2018)

หากมีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตต่ำ

4. แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้แปลตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะมิติการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) (จาก 1 ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความพร้อมของแหล่งบริการ [Availability] 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ [Accessibility] 3) การยอมรับคุณภาพบริการของผู้รับบริการ [Acceptability] 4) การอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ [Accommodation] และ 5) ความสามารถของผู้ให้บริการในการจ่ายค่าบริการ [Affordability]) สำหรับมิติของการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) หรือความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานบริการบำบัดทดแทนไต ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2 และข้อ 3 และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5 และข้อ 6 ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 5 ระดับ (น้อยที่สุด = 1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 และมากที่สุด = 5)

แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ( $n = 30$ ) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.85

เนื่องจากเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต มีลักษณะข้อคำถามทั้งเชิงบวกและลบ จึงมีการกลับค่าคะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลคะแนนความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต หากมีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตในระดับมาก หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตในระดับน้อย

5. แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้แปลเป็นไทย ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับมาจากเครื่องมือ Attitude toward treatment and health questionnaire ของ Chylinska et al. (2017) โดยใช้แนวคิดทัศนคติต่อวิธีการรักษาและสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ โดยครอบคลุมปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของทัศนคติ 4 ด้าน ได้แก่

5.1 ด้านความเข้าใจ เป็นความสามารถในการให้ความหมายและตีความเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยรวมไปถึงความคาดหวังผลของการรักษาและการดูแลจากแพทย์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และข้อ 6

5.2 ด้านความรู้สึกเชิงบวก เป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ในเชิงบวกของผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8 และข้อ 9

5.3 ด้านความรู้สึกเชิงลบ เป็นสภาวะทางด้านอารมณ์ในเชิงลบของผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11 และข้อ 12

5.4 ด้านแรงจูงใจ เป็นความตั้งใจของผู้ป่วย การวางแผนและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 15 และข้อ 16

ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15 และ 16 มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10 11 และ 12 ข้อคำถามมีลักษณะเป็น Likert scale 7 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย = 3 ไม่แน่ใจ = 4 ค่อนข้างเห็นด้วย = 5 เห็นด้วย = 6 และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 7) และ Chylinska et al. (2017) ได้นำเครื่องมือ Attitude toward treatment and health questionnaire ไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยสูงอายุ จำนวน 89 คน และแพทย์ จำนวน 63 คน ในสาธารณรัฐโปแลนด์ ผ่านการทดสอบความตรง

ตามเนื้อหาได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

จากนั้นในปี ค.ศ. 2018 Lazarewicz et al. (2018) ได้นำเครื่องมือ Attitude toward treatment and health questionnaire มาวิเคราะห์หาค่าประกอบ (Factor analysis) เพื่อพัฒนาข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยและสามารถใช้กับผู้ป่วยได้หลากหลายมากขึ้น โดยวิเคราะห์หาค่าประกอบของข้อคำถามด้วยวิธี Exploratory factor analysis (EFA) และวิธี Confirmatory factor analysis (CFA) และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันในประเทศโปแลนด์ จำนวน 2,765 ราย ซึ่งผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบของข้อคำถามด้วยวิธี Exploratory factor analysis (EFA) และวิธี Confirmatory factor analysis (CFA) พบว่า ข้อคำถามในแบบประเมินทั้ง 16 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ดีที่สุด สามารถนำมาใช้ประเมินทัศนคติต่อวิธีการรักษาและสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด

เนื่องจากเครื่องมือแบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตมีลักษณะข้อคำถามทั้งเชิงบวกและลบ จึงมีการกลับค่าคะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	1
เห็นด้วย	6	2
ค่อนข้างเห็นด้วย	5	3
ไม่แน่ใจ	4	4
ไม่เห็นด้วย	3	5
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	2	6
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	7

การแปลผลคะแนนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต (Chylinska et al., 2017) หากมีคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต

6. แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้แปลเป็นไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับมาจากเครื่องมือ Intrinsic motivation inventory (IMI) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) ของ Ryan (1982) ซึ่งใช้ประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีด้วยตนเองภายใต้ปัจจัย 3 ประการที่เป็นองค์ประกอบของแรงจูงใจภายใน ได้แก่

1) ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ประกอบด้วย Interest/ Enjoyment, Effort/ Importance, Pressure/ Tension, Value/ Usefulness และ Perceived choice จำนวน 31 ข้อ 2) ความสามารถ

แห่งตน (Competence) จำนวน 6 ข้อ คือ Perceived competence และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น (Relatedness) จำนวน 8 ข้อ คือ Relatedness รวมมีข้อคำถาม จำนวน 45 ข้อ ซึ่ง Deci and Ryan (1992) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน Intrinsic motivation inventory (IMI) โดยสามารถเลือกใช้ข้อคำถามได้โดยไม่จำกัดจำนวนข้อ และสามารถปรับเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับการวิจัยที่ต้องการศึกษา จากนั้น McAuley, Duncan, and Tammen (1989) ได้นำเครื่องมือ Intrinsic motivation inventory (IMI) มาวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อคำถามด้วยวิธี Confirmatory factor analysis (CFA) และทดสอบ Psychometric properties ในอาสาสมัครระดับปริญญาตรี จำนวน 116 ราย ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามสามารถประเมินแรงจูงใจได้เป็นอย่างดี และมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง และมีค่าความเที่ยงจากการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .85

นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2015 Monteiro, Mata, and Peixoto. (2015) ได้นำเครื่องมือ Intrinsic motivation inventory (IMI) มาวิเคราะห์องค์ประกอบของข้อคำถามด้วยวิธี Confirmatory factor analysis (CFA) และนำไปทดสอบกับในนักเรียนตั้งแต่เกรด 5 ไปจนถึงเกรด 12 จำนวน 3,685 ราย ในสาธารณรัฐ โปรตุเกส ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามสามารถวัดแรงจูงใจภายในและการตัดสินใจด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี และได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) และความเชื่อมั่นองค์ประกอบ (Composite reliability) ผลการทดสอบพบว่า ข้อคำถามในแบบประเมินมีค่าความเที่ยงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ คือ มากกว่า .70

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับการตัดสินใจด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยใช้ข้อคำถามจากปัจจัยความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้ 1) ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) จำนวน 3 ข้อ 2) ความสามารถแห่งตน (Competence) จำนวน 2 ข้อ และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น (Relatedness) จำนวน 1 ข้อ รวมมีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, และข้อ 6 และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ คือ ข้อ 2

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก โดยเป็นแบบมาตราวัดด้วยสายตา (Visual analogue scale) ใช้ตัวเลขสื่อถึงระดับความรู้สึกแทนค่าคะแนน เป็น 1-7 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง คะแนน 4 หมายถึง ค่อนข้างจริง และคะแนน 7 หมายถึง จริงที่สุด

เนื่องจากเครื่องมือแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีลักษณะข้อคำถาม ทั้งเชิงบวกและลบ จึงมีการกลับค่าคะแนนดังนี้

คำตอบ	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงมากที่สุด	7	1
จริงมาก	6	2
จริง	5	3
ค่อนข้างจริง	4	4
จริงค่อนข้างน้อย	3	5
จริงน้อยมาก	2	6
ไม่จริงที่สุด	1	7

การแปลผลคะแนน (Ryan, 1982) หากมีคะแนนสูง หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองในระดับสูง และหากมีคะแนนต่ำ หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองในระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยง (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวยังไม่เคยถูกนำมาใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือวิจัยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) (Brislin, 1986) โดยผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้สองภาษาได้เป็นอย่างดี จำนวน 1 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับคฤภูมิจิตจากต่างประเทศ จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้สองภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual person) และไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน ซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับคฤภูมิจิตจากต่างประเทศ มีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะและการทำวิจัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีวุฒิการศึกษาระดับคฤภูมิจิตจากต่างประเทศ และมีความเชี่ยวชาญการทำวิจัย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สองภาษาที่ได้รับประกาศนียบัตรจากสถาบันแปล

ระดับสากล (The Institute of Translation and Interpreting, U.K.) 1 ท่าน เมื่อผ่านการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ (Comparison of the original version and the back-translated version) เพื่อปรับแก้แบบสอบถามภาษาไทยให้มีความเทียบเท่ากัน ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเทียบเท่าด้านความหมาย (Semantic equivalence) 2) ความเทียบเท่าด้านสำนวน (Idiomatic equivalence) 3) ความเทียบเท่าด้านประสบการณ์ (Experiential equivalence) และ 4) ความเทียบเท่าด้านแนวคิด (Conceptual equivalence) ภายหลังการเปรียบเทียบ พบว่า เครื่องมือชุดต้นฉบับและชุดแปลย้อนกลับมีความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากัน (Equivalence) แสดงว่าเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับมีความหมายเหมือนกันและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างได้

จากนั้นจึงทดสอบความตรงของแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ด้วยวิธีคำนวณดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index [CVI]) ได้ผลการทดสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95, .92 และ .96 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามให้มีความเหมาะสมของภาษา มีความชัดเจน และมีความครอบคลุมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

## 2. การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) โดยแบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และแบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตและแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ได้ค่าความเที่ยง .82

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยครั้งนี้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 1-11-2562

2. หลังผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารการพิทักษ์สิทธิเสนอต่อผู้อำนวยการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี เพื่ออนุมัติในการเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี รหัส EC004/ 2563 ผู้วิจัยจึงประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไต เพื่อขอความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตในการผู้กล่าวขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าพบเมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตให้เข้าพบ ผู้วิจัยจึงแนะนำชื่อ สกุล และสถานศึกษาของผู้วิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยว่าเป็นการลงนามเพื่อแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย โดยการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธขึ้นอยู่กับพิจารณาของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงเพิ่มเติมหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ทันทีหรือในกรณีที่ลงนามไปแล้วผู้ป่วยมีสิทธิในการยุติการตอบคำถามได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยของโรงพยาบาล

4. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จัดว่ามีความเปราะบาง (Vulnerability group) ดังนั้น ในขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบประเมินผู้ป่วยสามารถหยุดพักการตอบแบบประเมินได้เป็นระยะตามความเหมาะสมของอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการด้านร่างกายไม่เอื้อต่อการให้ข้อมูล เช่น มีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเหมาะสมต่อไป

5. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ รวมทั้งใช้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงในการทำวิจัย ข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นซึ่งข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ภายหลังจากการได้รับข้อมูลแล้วหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยหลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังจาก การพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

### ขั้นที่ 1 การขออนุญาตเข้าทำการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นที่ 2 วิธีเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสระบุรี และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนของโรงพยาบาลสระบุรีให้เก็บข้อมูลในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 แล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกโรคไตตามลำดับ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตก่อนวันนัด 1 วัน เพื่อคัดแยกหมายเลขผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นจึงจับฉลากเลขคู่หรือเลขคี่ในการกำหนดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเลขตัวสุดท้าย ของหมายเลขผู้ป่วยนอกตรงกับเลขที่จับฉลากได้เพื่อระบุกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน
5. ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ ณ แผนกผู้ป่วยนอกบริเวณใกล้คลินิกโรคไต เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบประเมินและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยทำการเก็บ ข้อมูลทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 10.30-15.00 น.
6. ผู้วิจัยนำหมายเลขผู้ป่วยนอกของกลุ่มตัวอย่างประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำ คลินิกโรคไตเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพกล่าวขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าพบเมื่ออนุญาตผู้วิจัย จะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทันที
7. ผู้วิจัยเข้าทักทายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเอง จากนั้น อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิก่อนการรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถยุติ

การเข้าร่วมวิจัยได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย (Informed consent form)

8. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการตอบแบบประเมิน ระหว่างที่ตอบแบบประเมินหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

9. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์แต่ถึงเวลาเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างช่วยตอบแบบสอบถามและแบบประเมินอีกครั้งหลังจากเข้ารับการตรวจเรียบร้อยแล้ว

10. ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและประเมินทั้ง 6 ชุด หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้า เวียนศีรษะจากการทำแบบสอบถามและแบบประเมิน ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างได้พักผ่อนว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมินต่อจนครบถ้วนทั้ง 6 ชุด แต่ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางร่างกายจากภาวะยูริเมียอย่างรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เหนื่อยหอบจากภาวะน้ำเกิน คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการที่บ่งบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือมีความประสงค์ที่จะยุติการตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบประเมินทันที พร้อมประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไปหรือในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการแสดงใด ๆ แต่ต้องการยุติการตอบแบบประเมินกลุ่มตัวอย่างก็สามารถยุติการตอบแบบประเมินได้ทันทีเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยล้า เวียนศีรษะหรือมีอาการแสดงทางร่างกายจากภาวะยูริเมียอย่างรุนแรง

11. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และชัดเจนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หากพบความไม่สมบูรณ์ชัดเจน ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมข้อมูลจนครบถ้วน จากนั้นได้บรรจุแบบสอบถามที่รับคืนทุกฉบับในซองสีน้ำตาลปิดผนึก พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

12. ข้อมูลจากข้อ 11 ได้ถูกนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้

3.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีระดับการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio

3.2 ข้อมูลการกระจายแบบปกติ (Normal distribution)

3.3 มีการกระจายของตัวแปรเท่ากันหรือมีความแปรปรวนเท่ากัน

(Homoscedasticity)

3.4 ตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

โดยพิจารณาแบ่งระดับความสัมพันธ์หรือค่า  $r$  ออกเป็น 3 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้แก่

$r = \pm 1$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน อย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r < .30$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r$ มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน ในระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายถึง	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) < 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร และมาพบแพทย์ตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 82 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ถูกแบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ประวัติการเข้ารับการรักษาเพื่อการบำบัดทดแทนไต บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว และประสบการณ์เข้ารับคำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต นำมาวิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม  
ลักษณะส่วนบุคคล ( $n = 82$ )

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	52	63.4
ชาย	30	36.6
<b>อายุ (ปี) (Min = 18, Max = 58, <math>\bar{X}</math> = 43.40, SD = 11.43)</b>		
18-20 (วัยรุ่นตอนปลาย)	4	4.9
21-35 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	16	19.6
36-59 (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	62	75.5
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	75	91.5
คริสต์	6	7.3
อิสลาม	1	1.2
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	68	83.0
โสด	12	14.6
หม้าย	2	2.4
<b>บทบาทในครอบครัว</b>		
สมาชิกครอบครัว	55	67.1
หัวหน้าครอบครัว	27	32.9
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
1 คน	4	4.9
2 คน	31	37.8
3 คน	18	21.9
> 3 คน	29	35.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4	40	51.9
ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6	21	27.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3	4	5.2
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6	2	2.6
ปวช.	1	1.3
ปวส.	2	2.6
ปริญญาตรี	6	7.8
ปริญญาโท	1	1.3
อ่านออกและ/ หรือเขียนได้	5	6.1
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	33	40.2
ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว	15	18.3
ข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ	12	14.6
พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน	11	13.4
นักเรียน/ นักศึกษา	7	8.5
แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	4	4.9
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	4	4.9
5,001-10,000	38	46.3
10,001-30,000	37	45.1
> 30,000	3	3.7
สิทธิที่ท่านใช้ในการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	49	59.8
ประกันสังคม	18	22.0
สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	15	18.2
ผู้ดูแลหลัก		
ไม่มีผู้ดูแล	74	90.2
มีผู้ดูแลหลัก	8	9.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต		
คู่สมรส	59	72.0
บิดา/ มารดา	15	18.2
บุตร	8	9.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.4 มีอายุ 36-59 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 75.5 รองลงมา คือ อายุ 21-35 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 19.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี (SD = 11.43) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83 และมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว ร้อยละ 67.1 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 93.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 40.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.30 รองลงมา 10,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.1 สิทธิการรักษาครั้งนี้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 59.8 ไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 90.2 และกลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสเป็นผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 72

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทางคลินิก ( $n = 82$ )

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี		
มี	82	100
โรคความดันโลหิตสูง	46	56.0
โรคเบาหวาน	30	36.6
โรคแพ้ภูมิตนเอง (Systemic lupus erythematosus [SLE])	20	24.4
ภาวะไขมันในเลือดสูง	9	11.0
โรคไตเรื้อรัง	9	11.0
โรคหัวใจ	5	6.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์เข้ารับการรักษาให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต (วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/ วิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง)		
เคยได้รับข้อมูลจากอายุรแพทย์โรคไต/ พยาบาลวิชาชีพ	63	76.8
ไม่เคย	19	23.2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56 และรองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตจากอายุรแพทย์โรคไต และจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 76.8

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 82$ )

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	136.11	14.05
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	24.80	4.89
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	20.62	3.10
ทักษะของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต	103.54	3.23
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	40.59	2.02



จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 136.11, SD = 14.05) มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 24.80, SD = 4.89) มีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 20.62, SD = 3.10) ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต ( $\bar{X}$  = 103.54, SD = 3.32) และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง ( $\bar{X}$  = 40.59, SD = 2.02)

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก จ) จึงได้วิเคราะห์และนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

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

หมายเหตุ \*\*  $p < .01$ , \*  $p > .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .320$ ) ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .292$ ) ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ( $r = .340$ ) ส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

## บทที่ 5

### อภิปรายและสรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไต ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 40.59, SD = 2.02$ )
2. ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .32, r = .29$  และ  $r = .34, p < .01$  ตามลำดับ)

#### อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 40.59, SD = 2.02$ ) อธิบายได้จากลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.4) เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย และต้องพยายามหาวิธีบำบัดดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย จึงได้พยายามเข้าใจและทำการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อคาดหวังจะให้ตนเองมีชีวิตยืนยาวและยังคงมีสุขภาพที่ดีพอจะประกอบอาชีพด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคง

ประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 86.5 ดังการศึกษาของ Chang et al. (2016) ที่พบว่า ปัจจุบันเพศหญิงจำเป็นต้องช่วยหารายได้ ร่วมกับต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว เพศหญิงจึงมีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคู่ชีวิตและคู่ชีวิตได้ช่วยแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถึงผลดีหรือผลเสียในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงถือได้ว่าคู่ชีวิตเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจ ดังเช่นผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Raj, Brown, Ahuja, Frandsen, and Jose (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคู่สมรสหรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตได้ดี และสามารถคงอยู่ในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายภายหลังการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต ทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตจากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถช่วยในการ

ตัดสินใจได้ ซึ่งเมื่อพิจารณารายชื่อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 6.93$ ,  $SD = 0.26$ ) ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองได้เลือกจึงเป็นสิ่งสนับสนุนการตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายใน (ภาคผนวก ข) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Russell and Boulware (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตได้มีข้อมูลสนับสนุนให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต และการศึกษาของ Lindberg, Johansson, and Broström (2019) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ดี และมีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองจนนำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษาต่อไป

แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อันเกิดจากการมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ การมีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง และการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากคู่ชีวิตและบุคลากรทางการแพทย์ที่ค้ำจุนเอง

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ( $r = .32, r = .29$  และ  $r = .34; p < .01$  ตามลำดับ) โดยสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

### ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 136.11, SD = 14.05$ ) ทั้งนี้สามารถอภิปรายจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังเป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวยังเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องช่วยกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ทำให้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับมีความเชื่อมั่นและคาดการณ์ได้ว่า ตนเองจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความเจ็บป่วยไปได้ ด้วยดี และสามารถมีความสุขในอนาคตได้ (ภาคผนวก ข) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจภายในที่ต้องการรักษาตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตซึ่งคิดว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนเองมีความสุข และสามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ของ Cassidy et al. (2018) ที่พบว่า การคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีในอนาคตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อน และสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะยูรีเมียด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เกิดเป็นแรงจูงใจภายในต่อ

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่คิดว่าจะมีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้ใกล้เคียงปกติและเกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด เพราะฉะนั้น ความหวังของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

### ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .29, p < .01$ ) อภิปรายปรากฏการณ์ได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 80 โดยคิดว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะยูรีเมียบรรเทาลงหรือหมดไปหรือมีอาการดีขึ้น ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวช่วยลดความเสี่ยงจากอาการรุนแรงต่าง ๆ และง่ายต่อการปฏิบัติตาม

สุดท้ายกลุ่มตัวอย่างได้จัดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองตัดสินใจเลือกนั้นมีความเหมาะสม และจะเกิดผลลัพธ์กับประโยชน์มากที่สุด (ภาคผนวก ฉ)

ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีทางเลือกสำหรับตนเองในการตัดสินใจเลือก จึงทำให้รู้สึกมีความง่าย ไม่ยากลำบาก เมื่อต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นไปตาม Ryan and Deci (2017) ที่กล่าวว่า ความชอบและความเป็นอิสระในการเลือกเป็นปัจจัยสำคัญในความสามารถในการตัดสินใจ ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Lee et al. (2008) ที่พบว่า ความชอบเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ เลือกวิธีบำบัดทดแทนไตแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้อัตราการเข้ารับการบำบัดทดแทนไต แบบฉุกเฉินลดลง

#### ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .34, p < .01$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 20.62, SD = 3.10$ ) โดยพบว่า แหล่งที่ตั้งของสถานพยาบาลและสถานบริการบำบัดทดแทนไตมีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลมากนัก (ภาคผนวก ฉ) สอดคล้องกับการใช้สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ๆ ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาแล้ว เห็นว่าวิธีการรักษาที่ตนเองจะเลือกนั้น ตนเองมีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี ย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง (Penchansky & Thomas, 1981) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของ Lorcy et al. (2015) พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญและมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และยังเห็นพ้องกับ ผลการศึกษาของ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิกขี ภาวนานันท์, สุรชาติ ฅ หนองคาย และวิริณีย์ กิตติพิชัย (2559) ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลือกและยินดีเข้ารับบริการด้านสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถแห่งตน (Competence) ที่จัดว่าเป็นแรงจูงใจภายในในการช่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Ryan & Deci, 2017)

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้ยังพบว่าทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต  
 ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แต่ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง  
 กลับไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อาจเนื่องมาจากความสามารถ  
 ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น ความกลัว และความวิตกกังวล  
 ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ( $n = 450$ )  
 ของ He et al. (2014) ที่พบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์  
 และมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ แต่ไม่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจ  
 เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้เนื่องจากมีปัจจัยด้านความกลัวการแพงเพิ่มขีด  
 และความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากวิธีการรักษาที่ได้รับ ซึ่งมีบริบทเป็นโรคเรื้อรัง  
 และจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

## ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต  
 ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบ  
 ต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตได้มีความสัมพันธ์  
 กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

### 1. ด้านการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพควรมีความรู้และทักษะในการสร้างความหวังในชีวิต  
 ให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความคาดหวังที่ดีจาก  
 ผลการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง  
 ระยะสุดท้าย วิธีบำบัดทดแทนไต สภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และผลลัพธ์ที่ดีที่คาดว่าจะเกิดจาก  
 การรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจที่ดี ย่อมนำมาซึ่งความสามารถในการ  
 ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามความชอบของตนเองและมีความสอดคล้องกับความต้องการ  
 และ

บริบทของตนเองมากที่สุด รวมทั้งสอดคล้องกับความสามารถของตนในการที่จะเข้ารับบริการ  
 เพื่อการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนั้น ๆ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรู้  
 ความเข้าใจที่ดียิ่งพอจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต  
 ที่ตนเองจะเลือก จนส่งผลให้มีความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ตลอดจนมีชีวิตยืนยาว  
 อย่างมีคุณภาพต่อไป

## 2. ด้านการบริหาร

2.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวปฏิบัติโดยกำหนดนโยบายให้พยาบาลมีการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตให้ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการส่งเสริมความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การรักษาอย่างต่อเนื่อง

และสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรวมทั้งระบบสุขภาพในประเทศไทยได้

2.2 จากผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ดังนั้น ผู้บริหารทั้งระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการด้านสุขภาพควรตระหนักและกำหนดนโยบายการให้บริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างทั่วถึงและง่ายต่อการเข้าถึงในการรับบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและมีความต่อเนื่องในการบำบัดทดแทนไต เช่น มีหน่วยให้บริการและ/ หรือมีหน่วยเคลื่อนที่ในการให้บริการบำบัดทดแทนไตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในชุมชน เช่น ทุกอำเภอ

## 3. ด้านการศึกษา

3.1 มีการจัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตโดยมุ่งเน้นการสร้าง ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และเพิ่มความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบำบัดทดแทนไตสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด

3.2 ควรสอดแทรกหรือบรรจุเนื้อหาการสร้าง ความหวังและการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในการจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ทุกระดับชั้นเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสามารถในการตัดสินใจและเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้เป็นอย่างดี และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากที่สุด

#### 4. ด้านการวิจัย

4.1 ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

4.2 ในช่วงการเก็บข้อมูลมีการระบาดของโรค โควิด 19 (Covid 19) โรงพยาบาลจึงมีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อ โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยวัยสูงอายุ และ/ หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาลจึงไม่มีกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งพบในผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นจำนวนมาก



## บรรณานุกรม

- เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ปวีณา สุตัญจิตพงษ์, ธนันดา ตระการวนิช, มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์, อนันต์ เชื้อสุวรรณ, สุรัตน์ ทรงพานิช และกัตติกา หาลือ. (2561). *การศึกษาผลของวิธีการฟอกไต, ระดับการทำงานของไตก่อนการฟอกไต ต่ออัตราการเสียชีวิตและภาระต่อเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยการติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้า*. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4848/hs2395.pdf>
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). *หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย*. ใน ชัชวาล วงศ์สารี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ* (หน้า 454). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ชัยชนะ จันทระคิด. (2556). *ผลการดำเนินงานคลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตุลาคม 2555 - 2556*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(6), 1005-1010.
- ธีรศักดิ์ ตั้งวงษ์เลิศ. (2559). *Chronic renal replacement with dialysis*. ใน บัญชา สติระพจน์ เนาวนิตย์ นาทา, อำนาจ ชัยประเสริฐ และอุปถัมภ์ ศุภสินธุ์ (บรรณาธิการ), *Manual of nephrology* (หน้า 360-367). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, อศนี วันชัย และดอนคำ แก้วบุญเสริม. (2562). *กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลพะเยา*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 1-10.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิกดิ์ ภูวานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย และวิริทธิ์ กิตติพิชัย. (2559). *การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี*. *วารสารการพยาบาล*, 18(1), 42-50.
- พงศธร คชเสนี. (2560). *การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nephrothai.org>
- พงศธร คชเสนี และอนุตตร จิตตินันท์. (2562). *Chronic kidney disease and initiation of dialysis*. ใน อากม นงนุช, ขจร ตริธธนากุล, คงกระพัน ศรีสุวรรณ และวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข (บรรณาธิการ), *Essentials in hemodialysis* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

- ละมัด เลิศล้ำ. (2542). *ความหวังของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2559). *คนไทยป่วยโรคไตคิดอันดับ 3 ของอาเซียน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/content/30963.html>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุวรรณ ลีลาศ, พิสิษฐ์ เวชกามา, น้อยเล็ก คุณวรดิศัย และแสวง วัชรชนกกิจ. (2561). การสร้างและทดสอบแบบวัดการตัดสินใจร่วมด้วยราชโซโมเดล. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 563-574.
- อรอนงค์ วิจิจรเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, สุรัชดา ชนโสภณ, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, จันทร์ทิพย์ การญจนศิลป์, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์ และจุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2561). การการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 14(4), 79-87.
- อุษณา ลูวีระ. (2555). Renal replacement therapy in Thailand. ใน บัญชา สติระพจน์, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อินทรีย์ กาญจนกุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, อุปถัมภ์ สุกสินธุ์ และพรรณบุปผา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ), *Essential nephrology* (หน้า 416-425). กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- อนุตตร จิตตินันท์, สมชาย เอี่ยมอ่อง, สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ และวรวรรณ ชัยลิมปมนตรี. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก [http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final\\_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD\\_CKD\\_2015.pdf](http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf)
- Ahmed, M. S., & Narayanan, M. (2019). Immune dysfunction and risk of infection in chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 26(1), 8-15.
- Akizawa, T., Okumura, H., Alexandre, A. F., Fukushima, A., Kiyabu, G., & Dorey, J. (2018). Burden of anemia in chronic kidney disease patients in Japan: A literature review. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 22(5), 444-456.

- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2016). Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden a comparative study of advanced ckd stage and dialysis modality. *Journal of Renal Care*, 42(2), 73-82.
- Bello, A. K., Alrukhaimi, M., Ashuntantang, G. E., Basnet, S., Rotter, R. C., Douthat, W. G., Kazancioglu, R., Köttgen, A., Nangaku, M., Powe, N. R., White, S. L., Wheeler, D. C., & Moe, O. (2017). Complications of chronic kidney disease: Current state, knowledge gaps, and strategy for action. *Kidney International Supplements*, 7(2), 122-129.
- 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(1), 1-6.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner, & J. W. Berry (Eds.), *Cross-cultural research and methodology series*, (8<sup>th</sup> ed., pp.137-164). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bujang, M. A., Musa, R., Liu, W. J., Chew, T. F., Lim, C. T., & Morad, Z. (2015). Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 49-52.
- 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.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49(5), 651-661.
- 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.
- Cherng, Y. G., Lin, C. S., Shih, C. C., Hsu, Y. H., Yeh, C., Hu, C. J., & Liao, C. C. (2018). Stroke risk and outcomes in patients with chronic kidney disease or end-stage renal disease: Two nationwide studies. *Public Library of Science*, 13(1), 1-17.

- Chiang, P. C., Hou, J. J., Jong, I. C., Hung, P. H., Hsiao, C. Y., Ma, T. L., & Hsu, Y. H. (2016). Factors associated with the choice of peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *Biomed Research International*, 2016, 1-7.
- Chou, M. T., Wang, J. J., Sun, Y. M., Sheu, M. J., Chu, C. C., Weng, S. F., & Chien, C. C. (2013). Epidemiology and mortality among dialysis patients with acute coronary syndrome: Taiwan national cohort study. *International Journal of Cardiology*, 167, 2719-2723.
- 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(1), 1-10.
- Cobo, G., Lindholm, B., & Stenvinkel, P. (2018). Chronic inflammation in end-stage renal disease and dialysis. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 33(3), 35-40.
- Covic, A., Bammens, B., Lobbedez, T., Segall, L., Heimbürger, O., van Biesen, W., Fouque, D., & Vanholder, R. (2010). Educating end-stage renal disease patients on dialysis modality selection. *Nephrology Dialysis Transplant Plus*, 3(3), 225-233.
- Davison, S. N., & Simpson, C. (2006). Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: Qualitative interview study. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 333(7574), 1-5.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1992). The initiation and regulation of intrinsically motivated learning and achievement. In A. K. Boggiano, & T. S. Pittman (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. Achievement and motivation: A social-developmental perspective* (pp. 9-36). Cambridge: Cambridge University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Self-determination research: Reflections and future directions. In E. L. Deci, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 431-441). Rochester, New York: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Theory of social psychology* (pp. 416-437). London: MPG Book Group.

- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality, 62*(1), 119-142.
- Deci, E. L., Spiegel, N. H., Ryan, R. M., Koestner, R., & Kauffman, M. (1982). Effects of performance standards on teaching styles: Behavior of controlling teachers. *Journal of Educational Psychology, 74*(6), 852-859.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361-1367.
- Eneanya, N. D., Labbe, A. K., Stallings, T. L., Percy, S., Temel, J. S., Klaiman, T. A., & Park, E. R. (2020). Caring for older patients with advanced chronic kidney disease and considering their needs: A qualitative study. *BioMed Central Nephrology, 21*(1), 213.
- Erlang, A. S., Nielsen, I. H., Hansen, H. O., & Funderup, J. (2015). Patients experiences of involvement in choice of dialysis mode. *Journal of Renal Care, 41*(4), 260-267.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G\*power: A flexible statistical power analysis program for social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Finnegan-John, J., & Thomas, V. J. (2013). The psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: Findings from a needs assessment to shape a service. *International Scholarly Research Notices: Nephrology, 2013*, 1-8.
- Fresenius Medical Care. (2019). *ESRD patients in 2013 a global perspective*. Retrieved from [http://www.visionfmc.com/files/ESRD\\_Patients\\_in\\_2013.pdf](http://www.visionfmc.com/files/ESRD_Patients_in_2013.pdf)
- Griva, K., Li, Z. H., Lai, A. Y., Choong, M. C., & Foo, M. W. (2013). Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making about dialysis modality the good, the bad, and the misunderstandings. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis, 33*(3), 280-289.
- Griva, K., Seow, P. S., Seow, T. Y-Y., Goh, Z. S., Choo, J. C. J., Foo, M., & Newman, S. P. (2020). Patient-related barriers to timely dialysis access preparation: A qualitative study of the perspectives of patients, family members, and health care providers. *Kidney Medicine, 2*(1), 29-41.

- Harrison, F. F. (1981). *The managerial decision-making process*. Boston: Houghton Mifflin
- 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.
- He, J., Mills, K. T., Appel, L. J., Yang, W., Chen, J., Lee, B. T., & Kusek, J. W. (2016). Urinary sodium and potassium excretion and ckd progression. *Journal of the American Society of Nephrology*, *27*(4), 1202-1211.
- Huang, C. X., Tighiouart, H., Beddhu, S., Cheung, A. K., Dwyer, J. T., Eknoyan, G., Beck, G. J., Levey, A. S., & Sarnak, M. J. (2010). Both low muscle mass and low fat are associated with higher all-cause mortality in hemodialysis patients. *Kidney International*, *77*(7), 624-629.
- 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.
- Jager, K. J., Korevaar, J. C., Dekker, F. W., Krediet, R. T., & Boeschoten, E. W. (2004). The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *American Journal of Kidney Diseases*, *43*(5), 891-899.
- Jayanti, A., Foden, P., Wearden, A., & Mitra, S. (2016). Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. *Public Library of Science*, *11*(7), 1-17.
- Joy, S. M., Little, E., Maruthur, N. M., Purnell, T. S., & Bridges, J. F. (2013). Patient preferences for the treatment of type 2 diabetes: A scoping review. *Pharmaco Economics*, *31*(10), 877-892.
- Keating, P. T., Walsh, M., Ribic, C. M., & Brimble, K. S. (2014). The impact of patient preference on dialysis modality and hemodialysis vascular access. *BioMed Central Nephrology*, *15*(38), 1-8.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO]. (2016). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, *3*(1), 1-150.

- Klose, K., Kreimeier, S., Tangermann, U., Aumann, I., Damm, K., & RHO Group. (2016). Patient-and person-reports on healthcare: Preferences, outcomes, experiences, and satisfaction-an essay. *Health Economics Review*, 6(1), 1-11.
- 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.
- Kwok, W.-H., Yong, S.-P., & Kwok, O.-L. (2016). Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease: Comparison of renal replacement therapy and conservative management. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 19, 42-56.
- Kwong, V. W., & Li, P. K. (2015). Peritoneal dialysis in Asia. *Kidney Diseases (Basel, Switzerland)*, 1(3), 147-156.
- Ladin, K., Lin, N., Hahn, E., Zhang, G., Koch-Weser, S., & Weiner, D. E. (2017). Engagement in decision-making and patient satisfaction: A qualitative study of older patients perceptions of dialysis initiation and modality decisions. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant association-European Renal Association*, 32(8), 1394-1401.
- 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.
- Lazarewicz, M. A., Wlodarczyk, D., Chylinska, J., Jaworski, M., Rzadkiewicz, 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.
- Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. V., Bonnevie, B., & Nielsen, C. P. (2008). Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 23(12), 3953-3959.

- Li, P. K., Chow, K. M., Van de Luitgaarden, M. W., Johnson, D. W., Jager, K. J., Mehrotra, R., Naicker, S., Pecoits-Filho, R., Yu, X. Q., & Lameire, N. (2017). Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. *Nature Reviews Nephrology*, *13*(2), 90-103.
- Lindberg, J., Johansson, M., & Broström, L. (2019). Temporising and respect for patient self-determination. *Journal of Medical Ethics*, *45*(3), 161-167.
- Liu, W. C., Wu, C. C., Lim, P. S., Chien, S. W., Hou, Y. C., Zheng, C. M., Shyu, J. F., Lin, Y. F., & Lu, K. C. (2018). Effect of uremic toxin-indoxyl sulfate on the skeletal system. *Clinica Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*, *484*, 197-206.
- 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.
- Mazzuchi, N., Fernandez-Cean, J. M., & Carbonell, E. (2000). Criteria for selection of ESRD treatment modalities. *Kidney International*, *57*(74), 136-143.
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. V. (1989). Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sport setting: A confirmatory factor analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *60*, 48-58.
- Miller, J. F. (1985). "Hope". *American Journal of Nursing*, *85*, 23-25.
- Monteiro, V., Mata, L., & Peixoto, F. (2015). Intrinsic motivation inventory: Psychometric properties in the context of first language and mathematics learning. *Psychology: Research and Review*, *28*(3), 434-443.
- Morton, R., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., John, D. W., & Howard, K. (2012). Dialysis modality preference of patients with ckd and family caregivers: A discrete-choice study. *American Journal of Kidney Diseases*, *60*(1), 102-111.
- Noble, H., Meyer, P. J., Bridge, D. J., Johnson, D. B., & Kelly, D. D. (2010). Exploring symptoms in patients managed without dialysis: A qualitative research study. *Journal of Renal Care*, *36*(1), 9-15.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access definition and relationships to consumer satisfaction. *Medical Care*, *19*, 127-140.



- Pereira, E., Chemin, J., Menegatti, C. L., & Riella, M. C. (2016). Choice of dialysis modality- clinical and psychosocial variables related to treatment. *Jornal Brasileiro De Nefrologia: Orgao Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 38(2), 215-224.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- 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/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Prakash, S., Perzynski, A. T., Austin, P. C., Wu, C. F., Lawless, M. E., Paterson, J. M., & Oliver, M. J. (2013). Neighborhood socioeconomic status and barriers to peritoneal dialysis: A mixed methods study. *The American Society of Nephrology*, 8(10), 1741-1749.
- Qazi, H. A., Chen, H., & Zhu, M. (2018). Factors influencing dialysis withdrawal: A scoping review. *BioMed Central Nephrology*, 19(96), 3-11.
- Raj, R., Brown, B., Ahuja, K., Frandsen, M., & Jose, M. (2020). Enabling good outcomes in older adults on dialysis: A qualitative study. *BioMed Central Nephrology*, 21(1), 1-12.
- Robinski, M., Mau, W., Wienke, A., & Girndt, M. (2016). Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospection of recently initiated dialysis patients in Germany. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 562-570.
- Rosen, R., Florin, D., & Dixon, J. (2001). *Access to health care taking forward the findings from the scoping exercise*. London: King's Fund.
- Russell, J. S., & Boulware, E. L. (2018). End-stage renal disease treatment options education. *Seminar in Dialysis*, 31, 122-128.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal aphere: An extension of Cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 430-461.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). When rewards compete with nature: The undermining of intrinsic motivation and self-regulation. In C. Sansone & J. M. Harackiewicz (Eds.), *Intrinsic and extrinsic motivation: The search for optimal motivation and performance* (pp. 13-54). New York: Academic Press.
- 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., Sardar, M., Rasheed, K., Naseer, R., Epstein, R. M., Davison, S. N., Mujtaba, M., & Fiscella, K. A. (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), 1-10.
- Salman, S. T., & Tahir, S. (2017). A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 33*(4), 876-880.
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., Bhawe, N., Dietrich, X., Ding, Z., Eggers, P. W., Gaipov, A., Gillen, D., Gipson, D., Gu, H., Guro, P., Haggerty, D., Han, Y., He, K., Herman, W., Heung, M., Hirth, R. A., Hsiung, J. T., Hutton, D., Inoue, A., Jacobsen, S. J., Jin, Y., Kalantar-Zadeh, K., Kapke, A., Kleine, C. E., Kovesdy, C. P., Krueter, W., Kurtz, V., Li, Y., Liu, S., Marroquin, M. V., McCullough, K., Molnar, M. Z., Modi, Z., Montez-Rath, M., Moradi, H., Morgenstern, H., Mukhopadhyay, P., Nallamothu, B., Nguyen, D. V., Norris, K. C., O'Hare, A. M., Obi, Y., Park, C., Pearson, J., Pisoni, R., Potukuchi, P. K., Repeck, K., Rhee, C. M., Schaubel, D. E., Schrager, J., Selewski, D. T., Shamraj, R., Shaw, S. F., Shi, J. M., Shieu, M., Sim, J. J., Soohoo, M., Steffick, D., Streja, E., Sumida, K., Tamura, M., Tilea, A., Turf, M., Wang, D., Weng, W., Woodside, K. J., Wyncott, A., Xiang, J., Xin, X., Yin, M., You, A. S., Zhang, X., Zhou, H., & Shahinian, V. (2019). US renal data system 2018 annual data report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation, 73*(3 Suppl 1), 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., Bootzin, R. R., Moritz, P., & Miranda, J. (2009). Assessment of preferences for treatment: Validation of a measure. *Research in Nursing and Health*, 32(4), 419-431.
- 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(11), 2815-2823.
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759-1771.
- Stephens, J. M., Brotherton, S., Dunning, S. C., Emerson, L. C., Gilbertson, D. T., Harrison, D. J., Kochevar, J. J., McClellan, A. C., McClellan, W. M., Wan, S., & Gitlin, M. (2013). Geographic disparities in patient travel for dialysis in the United States. *The Journal of rural health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 29(4), 339-348.
- Tantivess, S., Werayingyong, P., Chuengsaman, P., & Teerawattananon, Y. (2013). Universal coverage of renal dialysis in Thailand promise, progress and prospects. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 346, 1-6.
- Walker, R. C., Howard, K., Tong, A., Palmer, S. C., Marshall, M. R., & Morton, R. L. (2016). The economic considerations of patients and caregivers in choice of dialysis modality. *Hemodialysis International*, 20, 634-642.
- Walker, R. C., Morton, R. L., Palmer, S. C., Marshall, M. R., Tong, A., & Howard, K. (2018). A discrete choice study of patient preferences for dialysis modalities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 13(1), 100-108.

- Wang, V., Maciejewski, M. L., Coffman, C. J., Sanders, L. L., Lee, S. D., Hirth, R., & Messana, J. (2017). Impacts of geographic distance on peritoneal dialysis utilization: Refining models of treatment selection. *Health Services Research, 52*(1), 35-55.
- 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.
- Witteman, H. O., Dansokho, S. C., Colquhoun, H., Coulter, A., Dugas, M., Fagerlin, A., & Witteman, W. (2015). User centered design and the development of patient decision aids: Protocol for a systematic review. *Systematic Reviews Journal, 4*(1), 1-8.
- 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.
- Zee, J., Zhao, J., Subramanian, L., Perry, E., Bryant, N., McCall, M., & Tentori, F. (2018). Perceptions about the dialysis modality decision process among peritoneal dialysis and in-center hemodialysis patients. *BioMed Central Nephrology, 19*(298), 1-10.
- Zha, Y., & Qian, Q. (2017). Protein nutrition and malnutrition in ckd and esrd. *Nutrients, 9*(3), 1-19.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและพหุทัศนะของกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-11-2562

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรี ตั้งขันธ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์แล้วที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบำบัดทดแทนไต ไม่มีข้อจำกัดในการล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 82 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบประเมินตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบประเมิน 1 ชุด ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ส่วนที่ 3 แบบประเมินความชอบต่อการบำบัดทดแทนไต ส่วนที่ 4 แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบำบัดทดแทนไต และส่วนที่ 6 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูล มีความสอดคล้องตามความต้องการและเหมาะสมกับแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทร่างกายและจิตใจนำไปสู่ความคงอยู่ในวิธีการรักษา เกิดเป็นผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี และสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นและไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา

สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้น ผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวพัชรี สังข์สี หมายเลขโทรศัพท์ 098-517-1118 หรือที่อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนงค์วิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102851

นางสาวพัชรี สังข์สี  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ภาคผนวก ข  
ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต  
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการยุติการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพัชรี สังข์สี)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง  
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพัชรี สังข์สี)

**ภาคผนวก ค**

ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยและแบบรายงานจริยธรรมการวิจัย

- สำเนา -

ที่ อว ๘๑๐๖/ ๐๙๒/๙

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๘ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

(๒๗) พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางสาวพัชรี สังข์สี รหัสประจำตัว ๕๘๘๑๐๐๘๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความหวัง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความหวังของผู้สูงอายุ" หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ของ นางสาวละมัด เลิศล้ำ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณงาม พรรณเชษฐ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๗๕ โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๘-๕๑๗-๑๑๑๘

E-mail : rnangpor2por@gmail.com

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....

- สำนวน -

ที่ อว ๘๑๐๖/๐๙๖๐

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวพัชรี สังข์สี รหัสประจำตัว ๕๘๙๑๐๐๘๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง "การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี" หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ของ คุณปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภิกฤติ กวานานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๗๕ โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๙๘-๕๑๗-๑๑๑๘

E-mail : mangpor2por@gmail.com

ร่าง.....  
พิมพ์.....  
ทาน.....

## Asking for permission to use Treatment Acceptability and Preferences (TAP) > กล่องจดหมาย x



**Patcharee S.** <mangpor2por@gmail.com>  
ถึง ssidani ▾

6 ก.ค. 2018 15:41 ☆ ↶ ⋮

**Dear Professor Souraya Sidani**

I am, Miss Phatchari Sangsi, a Master degree student, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand. Presently, I am in a process of conducting my Master thesis entitled "factors influencing the decision-making of patients with end-stage renal disease to select dialysis modalities". under supervision of Assistant Professor Dr. Yupin Tanatwanit. In this regard, I am writing to ask your permission to allow me to use the research instruments, "Treatment Acceptability and Preferences (TAP)" which had been published in Research in Nursing & Health, Volume 32, No. 4 (2009) under the topic "Assessment of Preferences for Treatment: Validation of a Measure "

Could you please let me know for more information is needed. Looking forward to hear from you.

Your kind cooperation for this matter will be highly appreciated.



**Souraya Sidani** <:ssidani@ryerson.ca>  
ถึง ฉันทน์, ssidani@ryerson.ca ▾

6 ก.ค. 2018 19:55 ☆ ↶ ⋮

🌐 อังกฤษ ▾ > ไทย ▾ [แปลข้อความ](#)

[ปิดสำหรับ: อังกฤษ x](#)

thank you for your interest in the TAP measure.

I have to inform you that we have revised the measure and we published a paper reporting on the psychometric properties of the revised measure - see attached file.

Once you review it and you believe you still want to use it, please let me know. I can then share a copy of the measure that we used for insomnia related therapies.

Looking forward to hearing from you and all the best on your thesis.



**Souraya Sidani** <:ssidani@ryerson.ca>  
ถึง ฉันทน์, ssidani@ryerson.ca ▾

ส. 7 ก.ค. 2018 16:54 ☆ ↶ ⋮

🌐 อังกฤษ ▾ > ไทย ▾ [แปลข้อความ](#)

[ปิดสำหรับ: อังกฤษ x](#)

You have permission to use the treatment perception and preference measure (see attached file).

All the best



## Asking for permission to use The PRACTA-Attitude toward Treatment and Health questionnaire (PRACTA-ATH)



👉 กล้องจดหมาย ✕



**Patcharee S. (Mangpor)** <mangpor2por@gmail.com>  
ถึง joanna.chylińska ▾

พ.ศ. 6 ก.ย. 2018 08:35



**Dear Assistant Professor Joanna Chylińska**

I am, Miss Phatchari Sangsi, a Master degree student, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand. Presently, I am in a process of conducting my Master thesis entitled "Factors influencing the decision-making of patients with end-stage renal disease to select dialysis modalities" under supervision of Assistant Professor Dr. Yupin Tanatwanit. In this regard, I am writing to ask your permission to allow me to use the research instruments, "The PRACTA-Attitude toward Treatment and Health questionnaire (PRACTA-ATH)" which had been published in *BMC Geriatrics*, Volume 17, No. 284 (2017) under the topic "The role of gender in the active attitude toward treatment and health among older patients in primary health care—self-assessed health status and sociodemographic factors as moderators "

Could you please let me know if more information is needed. Looking forward to hear from you.

Your kind cooperation for this matter will be highly appreciated.



**Joanna Chylińska** <joanna.chylińska@wum.edu.pl>  
ถึง ฉัน ▾

10 ก.ย. 2018 18:00



🌐 อังกฤษ ▾ > ไทย ▾ แปลข้อความ

ปิดสำหรับ: อังกฤษ ✕

Dear Miss Sangsi,

Thank you for your interest in the PRACTA-ATH. Psychometric data regarding this tool, as well as the questionnaire itself is available in the article published in the *Scandinavian Journal of Public Health* this year. Please find the link below to track the paper.

[Testing a New Tool Assessing Attitude Towards Treatment and Health in Primary Health Care Setting: Senior Patients and Doctors Perspectives](#)

All analyses presented in this paper have been conducted on Polish version, which means, that the English version is only a translation, no cultural adaptation has been done so far yet. Subsequently, further analyses regarding psychometric qualities of the tool (regarding reliability in your study sample at least) are needed and the results shall be interpreted with caution.

Feel free to ask any further questions, I'll be happy to help if I can.

Best luck with your master thesis.



## Metrics & Methods: Questionnaires

You are logged in as Mangpor

- [Click to log out.](#)
- [Begin using the site.](#)

Research on Self-Determination Theory has included laboratory experiments and field studies in several different settings. In order to do this research, we have developed many questionnaires to assess different constructs contained within the theory. **Each questionnaire page will typically include:**

- the scale
- description of the scale
- a key for the scale, and
- references for articles describing studies that used the scale

\*\*\* **Please note that all questionnaires on this web site, developed for research on self-determination theory, are copyrighted.** You are welcome to use the instruments for academic (non-commercial) research projects. However, you may not use any of them for any commercial purposes without written permission to do so from the Center for Self-Determination Theory.

**To inquire about a commercial request, please email:** [shannon@selfdeterminationtheory.org](mailto:shannon@selfdeterminationtheory.org)

Click on any questionnaire name below to access the scale or set of questionnaires and other information.

### Aspirations Index

Refresh your browser if you are unable to download the... [Read more](#)

### Basic Psychological Need Satisfaction, and Frustration Scales

Self-determination theory posits three universal... [Read more](#)

### General Causality Orientations Scale (GCOS)

NOTE: Refresh your browser if you are unable to download... [Read more](#)



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

**ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Factors Related to Decision-making of Patients with End-stage Renal Disease to Select Dialysis Modalities

**ชื่อนิติบัตร** นางสาวพัชรี สังข์สี

**รหัสประจำตัวนิติบัตร** 58910085

**หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

**สาขาวิชา** การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

**ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 11 - 2562

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมทั่วไปและแพทย์อายุรกรรมโรคไต  
ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 82 ราย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับ Try out จำนวน 30 ราย รวม  
112 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี


2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ  
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน  
ดำเนินการวิจัยด้วย


วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชาสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

	มาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี	SRBR AF 03-08/03.0
	เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว (Expedited Review)	เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2562



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

18 ถนนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โทร. 036-343500 ต่อ 1551

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เลขที่โครงการวิจัย : EC006/2563

เลขที่หนังสือรับรอง: EC004/2563

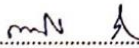

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรี สังข์สี

สังกัดหน่วยงาน : มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างงานวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประวัติผู้วิจัย



ลงนาม :  ลงนาม : 

(นางพนาลัย งามศรีสวัสดิ์ (วิจัยทาง )

( นางอมรพร นันทพงศ์กิจ )

ประธานกรรมการ

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 31 มกราคม 2563

วันหมดอายุ : 31 มกราคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## ภาคผนวก ง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: โปรแกรม G\*Power analysis

## การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: โปรแกรม G\*Power analysis

The screenshot shows the G\*Power 3.1.9.2 software interface. The main window displays the following information:

**t tests – Correlation: Point biserial model**  
**Analysis:** A priori: Compute required sample size

<b>Input:</b>	Tail(s)	=	Two
	Effect size $ \rho $	=	0.3
	$\alpha$ err prob	=	0.05
	Power (1- $\beta$ err prob)	=	0.80
<b>Output:</b>	Noncentrality parameter $\delta$	=	2.8477869
	Critical t	=	1.9900634
	Df	=	80
	Total sample size	=	82
	Actual power	=	0.8033045

Buttons: Clear, Save, Print

Test family: t tests  
Statistical test: Correlation: Point biserial model  
Type of power analysis: A priori: Compute required sample size – given  $\alpha$ , power, and effect size

**Input Parameters**

Determine =>	Tail(s)	Two
	Effect size $ \rho $	0.3
	$\alpha$ err prob	0.05
	Power (1- $\beta$ err prob)	0.80

**Output Parameters**

Noncentrality parameter $\delta$	2.8477869
Critical t	1.9900634
Df	80
Total sample size	82
Actual power	0.8033045

Buttons: X-Y plot for a range of values, Calculate

ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบประเมิน.....

วัน/เดือน/ปี.....

## แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### คำชี้แจง

แบบประเมินฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบประเมินจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบประเมินแต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมินตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของทีมสหวิชาชีพอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบประเมินมี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย

ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา  
 พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ.....
4. สถานภาพ  
 โสด  สมรส จำนวนบุตร ..... คน  หม้าย  อื่น ๆ.....
5. บทบาทในครอบครัว  
 หัวหน้าครอบครัว  สมาชิกครอบครัว
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
7. ระดับการศึกษา  
 ไม่ได้รับการศึกษา (ไม่สามารถอ่านและ/ หรือเขียนได้)  
 ไม่ได้รับการศึกษา (อ่านออกและ/ หรือเขียนได้)  
 ได้รับการศึกษา ระบุ.....
8. อาชีพ  
 แม่บ้าน/ พ่อบ้าน  พนักงาน/ ลูกจ้างเอกชน  
 ค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว  นักเรียน/ นักศึกษา  
 ข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ  เกษตรกรรม
9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ทั้งครอบครัว)  
 ต่ำกว่า 5,000 บาท  10,001-30,000 บาท  
 5,001-10,000 บาท  มากกว่า 30,000 บาท
10. สิทธิที่ท่านใช้ในการรักษาพยาบาล  
 จ่ายเงินตนเอง  สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 ประกันสังคม  บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ประกันชีวิต
11. ผู้ดูแลหลัก  
 ไม่มี  มี คือ.....



12. บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

- บิดา/ มารดา                       พี่/ น้อง  
 คู่สมรส                               บุตร  
 อื่น ๆ.....

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

1. โรคประจำตัว

- โรคเบาหวาน                       โรคความดันโลหิตสูง                       โรคไขมันในเลือดสูง  
 โรคหัวใจ                               โรคหลอดเลือดสมอง                       โรคมะเร็ง  
 โรคแพ้ภูมิตนเอง (SLE)       โรคนี้้วนทางเดินปัสสาวะ                       โรคไตอักเสบลูบัส  
 โรคต่อมลูกหมากโต               โรคไตทางพันธุกรรม                       อื่น ๆ.....

2. ประสบการณ์เข้ารับการรักษาให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต (วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/วิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง)

- ไม่เคย                                       เคย โดยได้รับข้อมูลจาก  
 อายุรแพทย์โรคไต       พยาบาลวิชาชีพ

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยให้ยึดถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่า จะมีความรู้สึก ความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	ความรู้สึก/ ความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. ฉันได้รับความช่วยเหลือในเวลา ที่ต้องการ					
2. ฉันมองชีวิตในแง่ดี					
3. ฉันคาดหวังว่าจะมีความสุข ในอนาคต					
4. ....					
5. ....					
40. ฉันไม่สนใจว่าชีวิตจะดำเนิน ต่อไปอย่างไร					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

โปรดอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรักษาและทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับ  
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบและยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่าความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

## 1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

**ความหมาย** การฟอกเลือดทางเส้นเลือดผ่านเครื่องไตเทียมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง โดยการนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วย เข้าสู่ตัวกรองที่เชื่อมต่อกับเครื่องไตเทียม เพื่อขจัดของเสียและน้ำส่วนเกิน หลังจากนั้นจะมีการคืนเลือดที่สะอาดกลับคืนสู่ผู้ป่วยอีกครั้งผ่านทาง หลอดเลือดหรือหลอดเลือดเทียม

**ระยะเวลา** 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 4-5 ชั่วโมง

### ประโยชน์ที่ได้รับ

ทางการรักษา สามารถจัดปริมาณสารและน้ำที่ต้องการได้ค่อนข้างแม่นยำทำให้อาการไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะยูริเมียบรรเทาลงอย่างรวดเร็ว

ทางด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายเนื่องจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควบคุมโดยบุคลากรทางการแพทย์ตลอดเวลา

**ผลข้างเคียงของการรักษา** ความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลง ระดับเกลือแร่ และปริมาณสารน้ำภายในร่างกายอย่างรวดเร็ว และเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด

## 2. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

**ความหมาย** เป็นการผ่าตัดเพื่อใส่สายล้างไตลงในช่องท้องให้ปลายสายอยู่ที่ช่องอุ้งเชิงกรานในช่องท้อง ใช้ผนังช่องท้องเป็นตัวกั้นและทำหน้าที่กรองของเสีย เมื่อปล่อยน้ำยาครบตามกำหนดเวลาปล่อยน้ำยาออกของเสียในเลือดก็จะถูกกำจัดออกไปและจึงปล่อยน้ำยาล้างไตใหม่เข้าไปแทนที่ระยะเวลา ปล่อยน้ำยาให้แช่อยู่ในช่องท้องเป็นเวลา 3-4 ชั่วโมงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 4-6 ครั้ง/ วัน

### ประโยชน์ที่ได้รับ

ทางการรักษา สามารถช่วยชะลอการสูญเสียการทำงานของไตที่เหลืออยู่และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตที่รุนแรง รวดเร็ว เหมือนวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ทางด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกเป็นอิสระกับตัวเองเพราะเป็นผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง

### ผลข้างเคียงของการรักษา

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อภายในช่องท้อง และอาจเกิดผลแทรกซ้อนทางเมตาบอลิก เช่น น้ำตาลในเลือดสูง, ไชมันในเลือดสูง เป็นต้น
2. แรงดันภายในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นทำให้น้ำยาล้างไตรั่วออกตามช่องทางออกของสายล้างช่องท้องหรือแผลผ่าตัด, ไล่เลื่อน, ปวดหลัง, ริดสีดวงทวาร

หลังจากอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 วิธี ท่านคิดว่าจะเลือก  
 เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความคิดเห็น  
 ของท่าน

วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม  วิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง  ทั้ง 2 วิธี

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (0)	ไม่เห็น ด้วย (1)	ไม่ แน่ใจ (2)	เห็น ด้วย (3)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (4)
1. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่าน เลือกจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อน (อาการปวด บวม เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) ดีขึ้นในระยะสั้น					
2. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่าน เลือกจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อน (อาการปวด บวม เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) ดีขึ้นในระยะยาว					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ท่านยินดีที่จะปฏิบัติตามวิธีบำบัด					

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0)	ไม่เห็นด้วย (1)	ไม่แน่ใจ (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)
ทดแทนไตที่ท่านเลือก					

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยให้ยึดถือเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)

มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเป็นส่วนใหญ่

ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านปานกลาง

1. ท่านรู้สึกว่าจะระยะทางจากบ้าน ถึง สถานพยาบาล มีความห่างไกล					
2. ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทาง ไปยังสถานพยาบาล					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ท่านรู้สึกว่า ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมด (ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าบริการทาง การแพทย์) ในการมารับบริการสุขภาพ ที่สถานพยาบาล ในแต่ละครั้ง เป็นภาระ สำหรับท่าน					

น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น  
หรือความเชื่อของท่านเป็นส่วนน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น  
หรือความเชื่อของท่านน้อยที่สุด

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบ  
เพียงข้อละ 1 คำตอบโดยให้ยึดถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่าน ทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่าน ของตนเองเป็นส่วนมาก
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความคิดเห็นของท่าน ของตนเองเป็นบางส่วน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความตรงกับ ความคิดเห็นของตนเองหรือไม่
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เป็นบางส่วน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
 ทุกประการ

ข้อความ	ความคิดเห็น						
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (7)	เห็นด้วย (6)	ค่อนข้าง เห็นด้วย (5)	ไม่แน่ใจ (4)	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. คุณเข้าใจการดำเนิน ของโรคและสาเหตุ ของโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้าย							
2. คุณรู้ว่าโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายมี ทางเลือกในการรักษา หลายวิธี							



3. ....							
4. ....							
5. ....							
6. ....							
7. ....							
8. ....							
9. ....							
10. ....							
16. คุณกระตือรือร้น ที่จะเข้ารับบำบัด ทดแทนไตโดยวิธีฟอก เลือดด้วยเครื่องไต เทียม/ ล้างไตผ่านทาง ช่องท้อง							

### ส่วนที่ 6 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

โปรดทำเครื่องหมาย  ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความเชื่อ/ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

- ฉันรู้สึกมีทางเลือกเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

1	2	3	4	5	6	7
ไม่จริงที่สุด	จริงน้อยมาก	จริงค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างจริง	จริง	จริงมาก	จริงมากที่สุด

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

6. ฉันรู้สึกมั่นใจเกี่ยวกับข้อมูลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ)

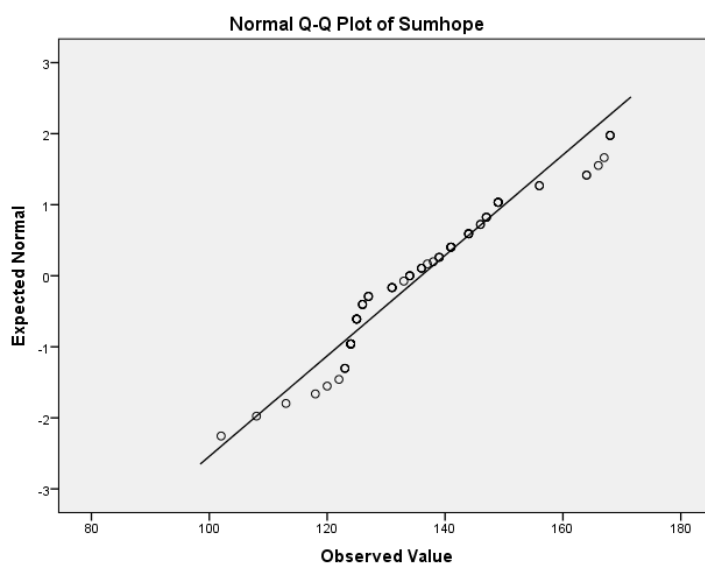


ภาคผนวก จ  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

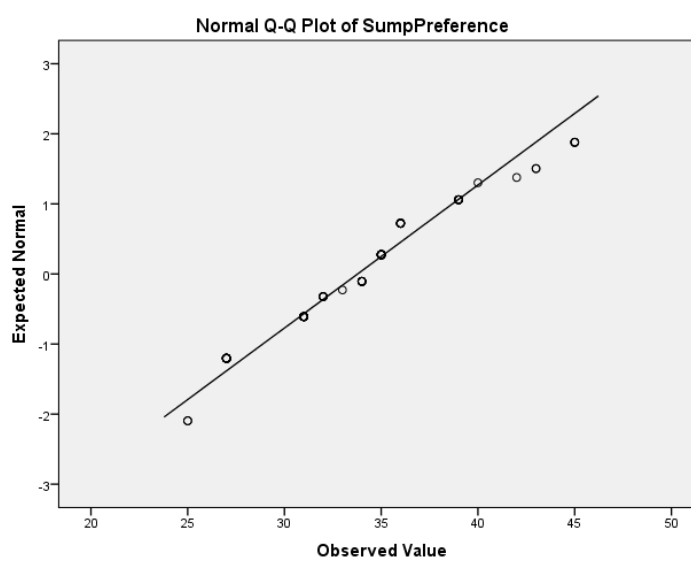
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ  
ข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติในการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

1. ตัวแปรความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต  
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทักษะคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตกับ  
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการวัดที่ระดับ Interval  
หรือ Ratio
2. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร โดยการสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple  
random sampling)
3. ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายตัวเป็นแบบปกติ (Normal  
distribution) การทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรแต่ละตัว มีดังนี้

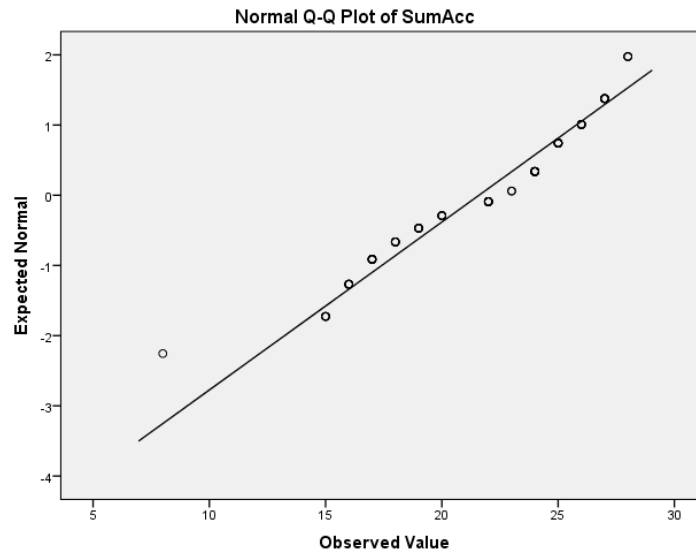
- 3.1 ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 3)
- 3.2 ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 4)
- 3.3 ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 5)
- 3.4 ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 6)
- 3.5 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 7)



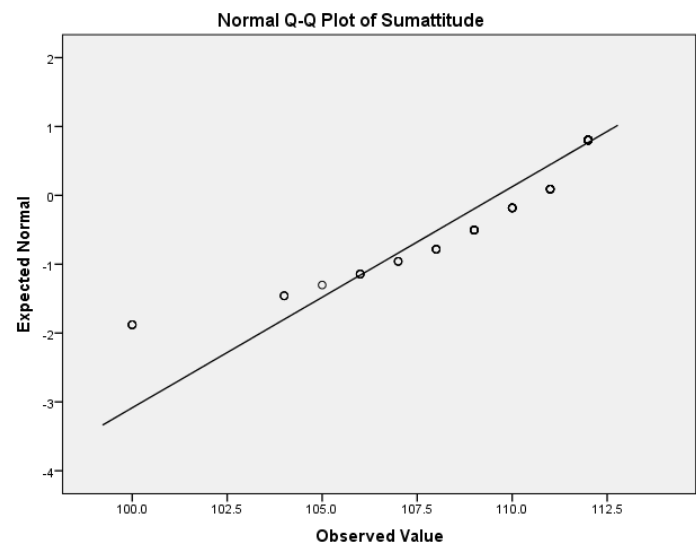
ภาพที่ 3 การกระจายแบบปกติของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต



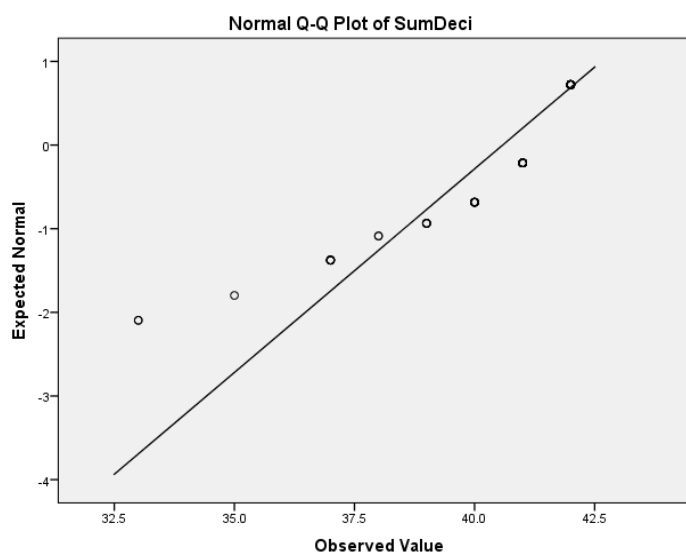
ภาพที่ 4 การกระจายแบบปกติของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต



ภาพที่ 5 การกระจายแบบปกติของความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต



ภาพที่ 6 การกระจายแบบปกติของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต

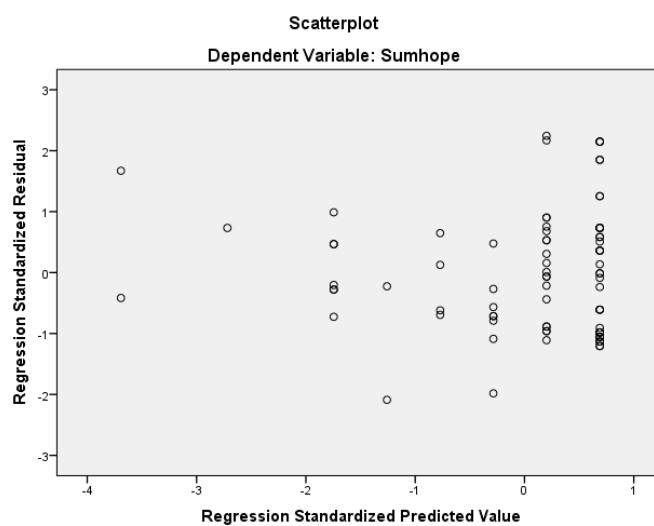


ภาพที่ 7 การกระจายแบบปกติของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

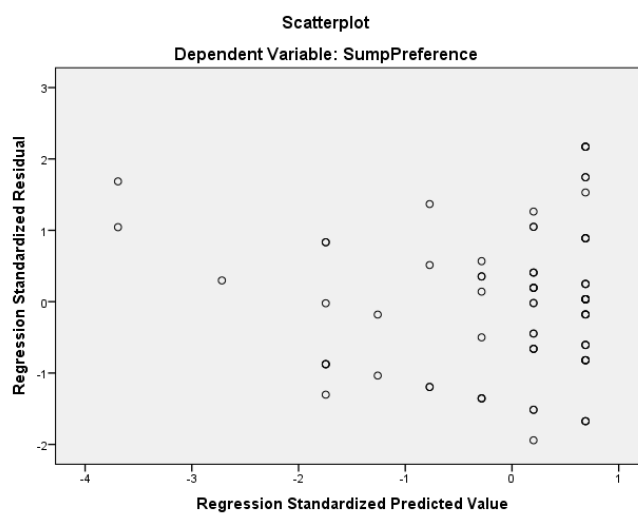
#### 4. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

ทดสอบโดยการพิจารณาจากภาพการกระจาย Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม พบว่า มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ ดังนี้

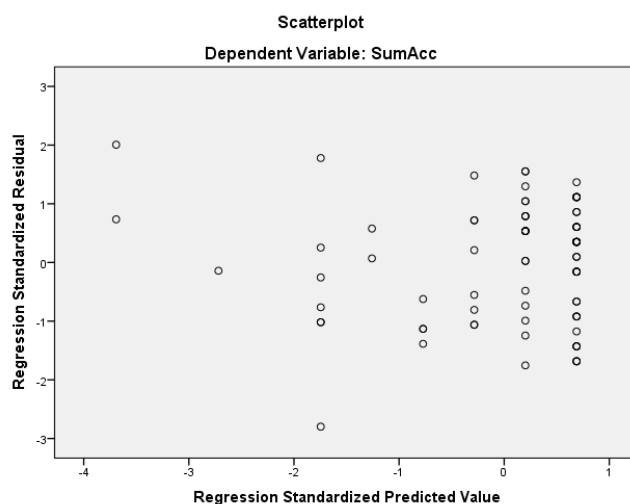
- 4.1 ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 8)
- 4.2 ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 9)
- 4.3 ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 10)
- 4.4 ทักษะของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต (ภาพที่ 11)



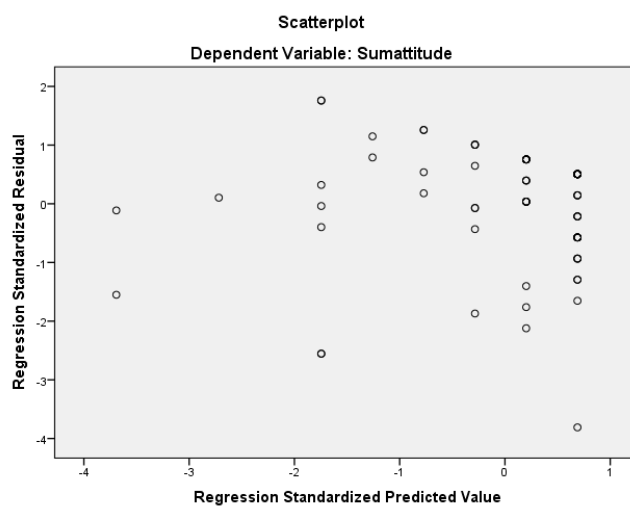
ภาพที่ 8 การกระจายความแปรปรวนของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต



ภาพที่ 9 การกระจายความแปรปรวนของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต



ภาพที่ 10 การกระจายความแปรปรวนของความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต  
กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต



ภาพที่ 11 การกระจายความแปรปรวนของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต  
กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต



5. ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

การทดสอบโดยใช้สถิติ F-test พบว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังตารางที่ 5-8

ตารางที่ 5 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

			Sum of squares	df	Mean square	F	Sig.
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	Between	(Combined)	3390.511	7	484.359	2.801	.012
* การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด	groups	Linearity	1788.257	1	1788.257	10.340	.002
ทดแทนไต		Deviation from linearity	1602.254	6	267.042	1.544	.176
	Within groups		12798.184	74	172.948		
	Total		16188.695	81			

หมายเหตุ Linearity significance ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง

ตารางที่ 6 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

			Sum of squares	<i>df</i>	Mean square	<i>F</i>	Sig.
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	Between groups	(Combined)	368.282	7	52.612	2.471	.025
* การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด		Linearity	190.987	1	190.987	8.969	.004
ทดแทนไต		Deviation from linearity	177.295	6	29.549	1.388	.231
	Within groups		1575.767	74	21.294		
	Total		1944.049	81			

หมายเหตุ Linearity significance ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง

ตารางที่ 7 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

			Sum of squares	df	Mean square	F	Sig.
ความสามารถในการเข้ารับ	Between groups	(Combined)	375.562	7	53.652	3.817	.001
บริการบำบัดทดแทนไต		Linearity	178.898	1	178.898	12.727	.001
* การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด		Deviation from linearity	196.664	6	32.777	2.332	.041
ทดแทนไต	Within groups		1040.157	74	14.056		
	Total		1415.720	81			

หมายเหตุ Linearity significance ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงด้วยสถิติ F-test ระหว่างทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตกับการตัดสินใจเลือก  
วิธีบำบัดทดแทนไต

			Sum of squares	<i>df</i>	Mean square	<i>F</i>	Sig.
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อ	Between groups	(Combined)	227.420	7	32.489	4.308	.000
การบำบัดทดแทนไต		Linearity	166.693	1	166.693	22.103	.000
* การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัด		Deviation from linearity	60.727	6	10.121	1.342	.250
ทดแทนไต	Within groups		558.092	74	7.542		
	Total		785.512	81			

หมายเหตุ Linearity significance ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง

**ภาคผนวก ข**

ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

## ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ

### การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

คะแนนรายข้อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก ( $n = 82$ )

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	$\bar{X}$	SD
1. ฉันรู้สึกมั่นใจเกี่ยวกับข้อมูลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาลวิชาชีพ)	6.93	.262
2. ฉันพึงพอใจกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง	6.89	.351
3. ฉันรู้สึกว่ามีความสามารถในการปฏิบัติตามวิธีบำบัดทดแทนไตได้เป็นอย่างดี	6.72	.725
4. ฉันรู้สึกมีทางเลือกเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	6.71	.484
5. ฉันรู้สึกกังวลเมื่อต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	6.65	.776

## ภาคผนวก ข

ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

## ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ

### ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

คะแนนรายด้านและรายข้อของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อดังแสดงในตารางที่ 10 และ 11

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย ( $n = 82$ )

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	$\bar{x}$	SD
โดยรวม	135.94	14.14
ด้านความพึงพอใจต่อตนเอง บุคคลอื่น และชีวิต	75.32	9.68
ด้านการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่คุกคามจากความหวัง	35.12	11.20
ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต	22.26	3.27

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก ( $n = 82$ )

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	$\bar{x}$	SD
1. ฉันจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่มีความยุ่งยากได้	3.94	1.081
2. ฉันหวังที่จะมีความสุขในอนาคต	3.91	.971
3. ฉันมีคนใกล้ชิดที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา	3.89	.956
4. ฉันรู้สึกว่ามีคุณค่า	3.87	.978
5. ฉันเป็นที่ต้องการของคนอื่น ๆ	3.87	1.028



**ภาคผนวก ฅ**

ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

## ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อ

### ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบวิธีการบำบัดทดแทนไต ดังแสดงในตารางที่ 12 และส่วนที่ 2 มีจำนวน 9 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 82$ )

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	80	97.6
2. การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	2	2.4
รวม	82	100.0

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก ( $n = 82$ )

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	$\bar{X}$	SD
10. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่านเลือกจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อน (อาการปวด บวม เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) ดีขึ้นในระยะสั้น	3.98	.737
11. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่านเลือกจะช่วยให้ภาวะแทรกซ้อน (อาการปวด บวม เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) ดีขึ้นในระยะยาว	3.95	.800
12. ท่านคิดว่ากิจกรรมทั้งหมดของวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่านเลือกจะสามารถปฏิบัติได้ง่าย	3.89	.930
13. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่านเลือกมีความเสี่ยงหรือมีผลข้างเคียงที่รุนแรงเพียงใด	3.72	.972
14. ท่านคิดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ท่านเลือกมีความเหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	3.62	.870

## ภาคผนวก ญ

ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต

## ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ

### ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีคำถามจำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อ

ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก ( $n = 82$ )

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	$\bar{x}$	SD
1. สถานพยาบาล ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนที่สามารถเดินทางไปใช้ได้ง่ายและพบเห็นง่าย	4.10	.964
2. ท่านมีความสะดวกสบายในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล	4.01	.962
3. ท่านรู้สึกว่าการใช้จ่ายโดยรวมทั้งหมด (ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าบริการทางการแพทย์) ในการมารับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลในแต่ละครั้ง เป็นภาระสำหรับท่าน	3.59	1.227
4. ท่านคิดว่าในแต่ละครั้งที่ไปใช้บริการสุขภาพต้องหมดเวลาไปกับการเดินทางมากน้อยเพียงใด	3.49	1.091
5. ท่านรู้สึกว่ารยะทางจากบ้าน ถึงสถานพยาบาล มีความห่างไกล	3.26	1.142

## ภาคผนวก ก

ค่าเฉลี่ยคะแนนรายชื่อของทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

## ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ

### ทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไตประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเรียงลำดับคะแนนมากที่สุดไปน้อย 5 ลำดับแรก ( $n = 82$ )

	ทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	$\bar{X}$	SD
1.	คุณรู้ว่าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีทางเลือกในการรักษาหลายวิธี	6.94	.241
2.	คุณรู้วิธีรักษาหรือฟื้นฟูภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับอายุ	6.89	.352
3.	คุณเชื่อว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การล้างไตผ่านทางช่องท้องจะมีประสิทธิภาพ	6.93	.306
4.	คุณหวังว่าสุขภาพของคุณจะดีขึ้น	6.91	.391
5.	คุณวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของสหสาขาวิชาชีพ	6.98	.155