ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Received: 21 January 2024
Revised: 4 April 2024
Accepted: 29 April 2024

นภาลัย แสงโพธิ์ พย.บ.[1]
มงคล วารีย์ พย.ม.[2]
อัญญาณี ฮองต้น พย.บ.[3]
ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์ ปร.ด[4*]

## บทคัดย่อ

**บทนำ:**โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ

**วัตถุประสงค์การวิจัย:**เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

**ระเบียบวิธีวิจัย**: การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) การสนทนาเป็นทีมเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ และทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาทางเลือกในการรักษา และเป้าหมายของผู้ป่วย 2) การสนทนาทางเลือกเป็นการให้ความรู้ข้อเสนอแนะทางเลือกฯ ความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยการพิจารณาความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจเป็นการสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบของแต่ละทางเลือกฯ ที่ผู้ป่วยสนใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (paired t-test)

**ผลการวิจัย**: ผลการวิจัยพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมมีการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และสามารถลดความขัดแย้งในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

**สรุปผล**: ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ

**ข้อเสนอแนะ**: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในคลินิกไตเรื้อรังเพื่อช่วยผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีบำบัดแทนแทนทางไต

**คำสำคัญ:** ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ การบำบัดทดแทนไต

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส
[4*] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก
Corresponding author: E-mail: ccchaiwong78@gmail.com

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

# Effects of Shared Decision Making Counseling Program on Decision Making of Renal Replacement Therapy in End Stage Renal Disease Patients

Received: 21 January 2024
Revised: 4 April 2024
Accepted: 29 April 2024

Napalai Sangpho B.N.S.[1]
Mongkhon Waree M.N.S. [2]
Anyanee Hongton B.N.S.[3]
Chanyawee Chaiwong Ph.D. [4]

## Abstract

**Introduction:** Chronic kidney disease (CKD) is a significant global public health problem. Providing educational interventions and participatory counseling program to assist patients and their families in making decisions about RRT.

**Research objectives:** This research was a one-group quasi-experimental that compared the effects of the participatory counseling program on the shared decision-making process for renal replacement therapy (RRT)

**Research methodology:** The program consisted of 1) team talk, which is a collaborative process between patients, their families, and the healthcare team to consider treatment options and patient goals; 2) option talk, which provides information related to end-stage renal disease (ESRD), treatment options, differences, advantages, and disadvantages. Then decision was made based on the risks; and 3) decision talk, which reflects the results and effects of treatment options of prospective treatments. A total of 30 purposive sample of patients with ESRD participated in the program. The research tools comprised the evaluation of ESRD knowledge and decision-making for RRT. The data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

**Results:** After participating in the program, the samples gained higher mean score of ESRD knowledge and a higher mean score of appropriate decision-making significantly ($p<.05$) compared to before participating in the program. This is because the program promoted patient-centeredness and the goals were set individually between the patient, family, and healthcare team. The samples also revealed that their families perceived self-efficacy, and thus effectively reduced conflicts in decision-making.

**Conclusion:** healthcare team can apply the participatory counseling program to assist patients and their families in making decisions about RRT.

**Implications:** This study can be effectively implemented for ESRD patients and their families in making decisions about RRT.

**Keywords:** End Stage Renal Disease, Shared Decision-Making Program, Renal Replacement Therapy

[1] Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital
[2] Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital
[3] Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital
[4] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
*Corresponding author: E–mail: ccchaiwong78@gmail.com

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

**บทนำ**

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีโรคร่วมหลายโรค หลายอาการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน คุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม [1] สาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ [2] หากไม่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอัตราการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ด้วยอาการคุกคามต่างๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ขาบวม น้ำท่วมปอด ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ความดันโลหิตสูง เลือดจาง คันตามผิวหนัง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชัก หมดสติ [3] มีอัตราการเสียชีวิตสูง คุณภาพชีวิตต่ำ ค่าใช้จ่ายสูง และใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาจำนวนมาก [4] จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ซึ่งแบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis: HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) [5] เป้าหมายของการบำบัดทดแทนไตเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคุกคามของโรคจากภาวะของเสียคั่งในร่างกาย รักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ยืดอายุให้ยืนยาวขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น [6]

ในปี 2566 โรงพยาบาลวานรนิวาส มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด จำนวน 2,904 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 จำนวน 276 คน, ระยะที่ 2 จำนวน 646 คน, ระยะที่ 3 จำนวน 1,412 คน, ระยะที่ 4 จำนวน 419 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5, 22.25, 48.62, 14.43 และ 5.2 ตามลำดับ [7] (HDC service, 17 กันยายน 2566) ประสบการณ์ภายหลังให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 25 ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีใด ร้อยละ 60 และ ตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 15 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ยังไม่พร้อมตัดสินใจ/ ตัดสินใจล่าช้า รอปรึกษาสมาชิกครอบครัว กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา กลัวติดเชื้อ กลัวเสียชีวิต ขาดผู้ดูแลหลัก มีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระให้ครอบครัว ขาดเงินทุนในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ห่างไกล

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ(shared decision making: SDM) สัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นเหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วยที่สูงอายุ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพล[8] โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจมีกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกัน[9] ให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถแห่งตน และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10] การรับรู้สถานะความเจ็บป่วยและการรับรู้ผลกระทบต่อการบำบัดทดแทนไตภายหลังการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[11] การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการตัดสินใจร่วมกันนำไปสู่การคงอยู่ของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น และสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงคนปกติทั่วไป[12] ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการรักษาแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาล่าช้า[13] ปัจจัยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัว การเผชิญต่ออัตราการกรองของเสียของไตที่ต่ำแต่ไม่แสดงอาการรบกวน และข้อจำกัดในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ[14] การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

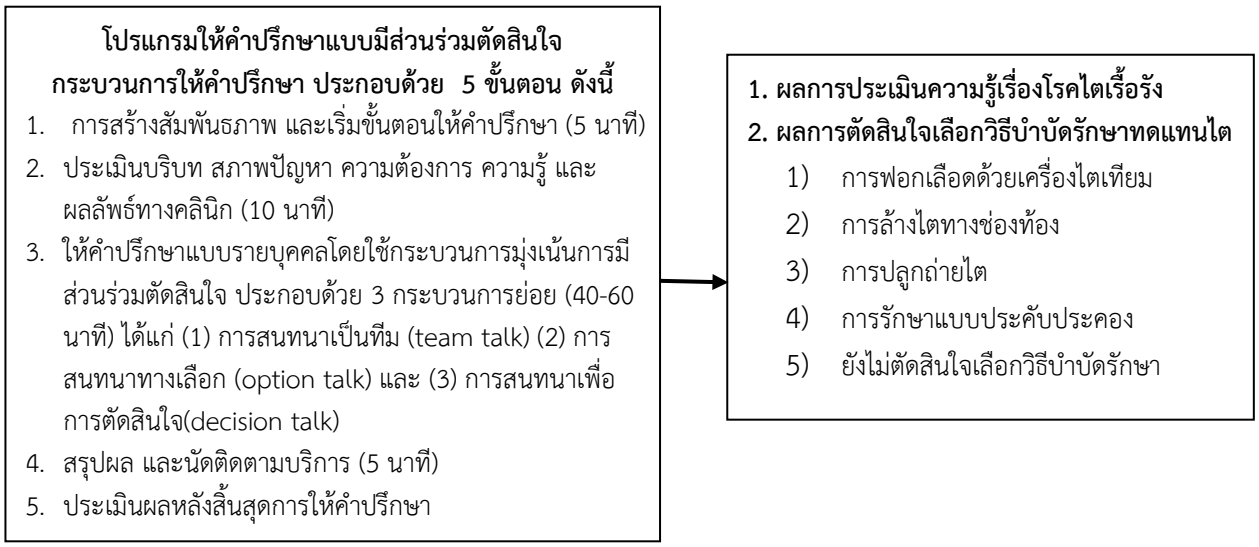
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย[15] ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่องและมีความพิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ดังนั้น ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิดทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ[16]

การให้คำปรึกษาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลผู้จัดการ[10] รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือต้องการเลือกตัดสินใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ[17] การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วยภายใต้การได้รับข้อมูลที่เพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจบริบทของตนเองมากที่สุด [18] การส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้เกิดการยอมรับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น[19] การส่งเสริมความรู้เป็นรายบุคคลเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงและเข้าสู่ระยะที่ 4 เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและชะลอภาวะไตเสื่อมได้ [20] การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความหวัง ความชอบต่อการบำบัดทดแทนไตและความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการบำบัดรักษาทดแทนไตด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม[21] ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn[16] เพื่อบรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลและเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาสุขภาพร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างมีประสิทธิภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**กรอบแนวคิดในการศึกษา**

การศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือต้องการเลือกตัดสินใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลเพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วัตถุประสงค์วิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัด ทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research, one group pre-test– post-test design) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมารับบริการ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power [22] โดยเลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (2.7 คน) เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) เข้ารับบริการด้านสุขภาพต่อเนื่องในโรงพยาบาลวานรนิวาส (3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน พูด ฟังและสื่อสารให้ข้อมูลได้ (4) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบ ทุกขั้นตอน (2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น วัณโรค และการยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ (1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง (2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017) [17] ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาการศึกษ รายละ 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตกลงบริการ ขอความยินยอม และเริ่มขั้นตอนให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินบริบทสภาพปัญหา ความต้องการ ความรู้ และ ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 เริ่มต้นให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลโดยใช้กระบวนการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจของ Elwyn et al. (2017)[17] ประกอบด้วย 3 กระบวนการ โดยใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง

กระบวนการที่ 2 การสนทนาทางเลือก (option talk) การสนทนาให้ข้อมูลความรู้ โดยใช้สื่อวิดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพพลิก แผนให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย การสื่อสารความเสี่ยง และ

กระบวนการที่ 3 การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสื่อสารเพื่อสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษา และนัดติดตามบริการ ใช้เวลา ประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาในวันที่ 1 และนัดติดตามประเมินซ้ำ เมื่อครบ 8 สัปดาห์ หรือ กรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้หรือยังไม่พร้อมตัดสินใจ นัดหมายเพื่อให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมอีกครั้งโดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการตัดสินใจให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังที่แท้จริงของผู้ป่วยให้มากที่สุด

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ และ (2) คู่มือแนวทางการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ความสามารถในการทำกิจกรรมผู้ดูแลสุขภาพหลัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูกผิด ข้อคำถามเชิงบวก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบถูกได้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ระดับดี 8–10 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน ( ร้อยละ 60 – 79) ระดับต่ำ 1-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ความพร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ ประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม = 4 คะแนน การล้างไตทางช่องท้อง = 3 คะแนน การปลูกถ่ายไต = 2 คะแนน การรักษาแบบประคับประคอง 1 คะแนน ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ 0 คะแนน

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่า CVI ของ แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนและแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ได้ผลการทดสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .90, และ .85 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความหมาย สำนวนภาษา ความเข้าใจคำถามแต่ละข้อก่อนนำไปใช้จริง การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) ได้ผลการทดสอบความเที่ยง เท่ากับ .90 และ.85 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023 – 075 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับ และให้เวลาในการอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้หรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาปกติตามมาตรฐานทางการแพทย์ อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)

**ผลการวิจัย**

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 เพศชาย ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 64.57 ปี (SD.=9.78ปี) อายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 สถานะในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 63.3 และสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 36.7 การศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 96.7 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมคือ โรคความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 50 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 60 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยดูแลตนเอง ร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.7 มีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.3 และตัวผู้ป่วยสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0

**ส่วนที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต การเปรียบเทียบความรู้และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

| ผลการประเมิน | ค่าเฉลี่ยคะแนน | | mean dif. | SD dif. | df | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อน (SD) | หลัง (SD) | | | | | |
| ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต | 7.73 (1.28) | 9.27 (1.87) | 1.53 | 2.21 | 29 | 3.80 | 0.001 |

2.2 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ก่อนให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างยังไม่แน่ใจในการเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 53.4 หลังให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 73.4 โดยเลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากที่สุด ร้อยละ 53.4 และการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 6.7 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

| ผลการตัดสินใจ | ก่อนให้ความรู้ | | หลังให้ความรู้ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม | 4 | 13.3 | 20 | 66.7 |
| 2. การล้างไตทางช่องท้อง | 1 | 3.3 | 2 | 6.7 |
| 3. การรักษาแบบประคับประคอง | 9 | 30.0 | 7 | 23.3 |
| 4. ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต | 16 | 53.4 | 1 | 3.3 |
| **รวม** | **30** | **100** | **30** | **100** |

ผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ มากกว่าครึ่งยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 53.4 เหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต เนื่องจาก 1) วิตกกังวล กลัว เกี่ยวกับวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต จำนวน 8 คน 2) รอปรึกษาสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 10 คน 3) เชื่อว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง สามารถรอตัดสินใจภายหลังได้ จำนวน 9 คน 4) ขาดผู้ดูแลหลัก จำนวน 3 คน 5) ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการ จำนวน 7 คน 6) มีภาระหนี้สิน/ มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว จำนวน 4 คน และ 7) มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 2 คน ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ตัดสินใจเลือกการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทน เนื่องจากมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

| ผลการประเมิน | ค่าเฉลี่ยคะแนน | | | | | | df | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษา | ก่อน | (SD) | หลัง | (SD) | | | | | |
| | 0.87 | (1.33) | 2.77 | (1.55) | 1.90 | 1.84 | 29 | 5.64 | 0.000 |

ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.64$ $p<0.001$) ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง เท่ากับ 1.90

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

**การอภิปรายผล**

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn[17] ผลของการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ โดยการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ดังนี้

2.1 ข้อความรู้เรื่องโรค ไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจที่สูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ประกอบด้วย (1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง (2) การสนทนาทางเลือก (option talk) การสนทนาให้ข้อมูลความรู้ โดยใช้สื่อวิดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพพลิก แผนให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย การสื่อสารความเสี่ยง และ (3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสื่อสารเพื่อสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย[15,19] ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่อง และมีความพิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือน หลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ [17]

2.2. ผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ จากการวิเคราะห์เหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตในครั้งแรกก่อนให้คำปรึกษา ได้แก่ (1) วิตกกังวล กลัว เกี่ยวกับวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต (2) รอปรึกษาสมาชิกอื่นในครอบครัว (3) เชื่อว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง สามารถรอตัดสินใจภายหลังได้ (4) ขาดผู้ดูแลหลัก (5) ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการ (6) มีภาระหนี้สิน/ มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว และ (7) มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Song et al.,[13] ที่กล่าวว่า ในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการรักษาแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจ เข้ารับการบำบัดรักษาล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของกิจจลักษณ์ แสงเงิน [14] ที่พบว่า ปัจจัยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัว การเผชิญต่ออัตราการกรองของเสียของไตที่ต่ำแต่ไม่แสดงอาการรบกวน และข้อจำกัดในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น การให้คำปรึกษาเพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย[15] ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่อง และมีความ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

พิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ[16] ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 66.7 การล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 6.7 ส่วนน้อยที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 3.3 โดยมีเหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจ เนื่องจากมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ และดูแล เด็กเล็ก เด็กวัยเรียน สอดคล้องกับสมมุติฐาน ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษามีผลของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ สัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นเหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วยที่สูงอายุ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพล[(7)] สอดคล้องกับการศึกษาของ Verberne, Stiggelbout, Bos และ van Delden [9] โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจมีกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถแห่งตน และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้สถานะความเจ็บป่วยและการรับรู้ผลกระทบต่อการบำบัดทดแทนไตภายหลังการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย[11]

สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสมในระยะยาว

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อวางแผนการให้คำปรึกษาก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตและการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เฉพาะเจาะจง

2. ประยุกต์ใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มผลลัพธ์การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้น

3. สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาด้านโรคไต โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษาก่อนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

4. โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ สามารถพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น จึงควรขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่นๆในการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต**

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการเข้ารับการบำบัดรักษาสุดท้ายของผู้ป่วยภายหลังการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและติดตามการเปลี่ยนแปลงผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

**ข้อจำกัดของการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ติดตามผลการศึกษาในระยะสั้น 8 สัปดาห์ ไม่ได้ติดตามผลการศึกษาในระยะยาวภายหลังการศึกษา ทำให้ไม่ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภายหลัง

**เอกสารอ้างอิง**


1. Novak, M., Costatini, L., Schneider, S. & Beanlands, H. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. Seminars in Dialysis 2013; 26(2): 188–194.
2. พงศธร คชเสนี และ เกรียง ตั้งสง่า. ระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังและขอบข่ายของปัญหาในประเทศไทย: ความรุนแรงของโรคและผลกระทบทางเศรษฐกิจ. ใน สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (บรรณาธิการ). ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562. หน้า 1-23.
3.ศรินยา บุญเกิด, ชาครีย์ กิติยากร และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์.การประเมินการทำงานของไตทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการในโรคไตเรื้อรัง. ใน สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (บรรณาธิการ). ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น;2562.หน้า 1-23.
4. สกานต์ บุนนาค. การประชุมวิชาการโรคไต 2016 ร่วมกันดูแลไต เชื่อมโยงไทยดูแลโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ; 2559.
5. เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (บรรณาธิการ).ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์ พริ้นท์; 2556.
6. Bezerra, I. C., Silva, C. B., & Elias, M. R. Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: Do anxiety, stress and depression matter. Biomed Central Nephrology 2018; 19(98):1-6.
7. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวานรนิวาส รายงานสถิติประจำปี 2566. สกลนคร: โรงพยาบาลวานรนิวาส; 2566
8. Shi, Y., Li, W., Duan, F., Pu, S., Peng, H., Ha, M., & Luo, Y. Factors promoting shared decision-making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: systematic review and qualitative meta-synthesis. International urology and nephrology 2022; 54(3): 553–74.
9. Verberne, W. R., Stiggelbout, A. M., Bos, W. J. W., & van Delden, J. J. M. (2022). Asking the right questions: towards a person-centered conception of shared decision-making regarding treatment of advanced chronic kidney disease in older patients. BMC medical ethics2022; 23(1) :1-8.
10.HO, Ya-Fang; CHEN, Yu-Chi; HUANG, Chiu-Chin; HU, Wen-Yu; LIN, Kuan-Chia; LI, I-Chuan. The Effects of Shared Decision Making on Different Renal Replacement Therapy Decisions in Patients With Chronic Kidney Disease. Journal of Nursing Research 2020;28(4): p e109.
11. Hsiao, SM., Kuo, MC., Hsiao, PN. et al. Shared decision-making for renal replacement treatment and illness perception in patients with advanced chronic kidney disease. BMC Med Inform Decis Mak 2023; 23(1):159. doi: 10.1186/s12911-023-02261-w.
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: The Guilford Press; 2017.
13. 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 2013; 28(11):2815-23. doi: 10.1093/ndt/gft238. Epub 2013 Jul 30.

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) Vol.7 No.1 (January– April 2024)

14. กิจจลักษณ์ แสงเงิน .ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565;6 (2):102-114.
15. Griffin, B. R., Liu, K. D., & Teixeira, J. P.Critical Care Nephrology: Core Curriculum 2020. American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2021; 75(3):435–452.
16. Kim, J. E., Park, W. Y., & Kim, H. Renal Replacement Therapy For Elderly Patients with ESKD Through Shared Decision-Making. Electrolyte & blood pressure. E & BP 2023; 21(1): 1–7.
17. Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., Van der Weijden, T. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ (Clinical research ed.) 2017; 359, j481. https://doi.org/10.1136/bmj.j4891
18. Lindberg, J., Johansson, M., & Broström, L.Temporising and respect for patient self-determination. Journal of Medical Ethics 2019; 45(3):161–167.
19. วรรณา เสริมกลิ่น และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2563). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารสภากาชาดไทย, 2563;2: 208-223.
20. รัชนี ทิพย์สูงเนิน. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขวชิระ ภูเก็ต 2563; 1-16. เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566 เข้าถึงได้จาก https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/02/vachira-2021-02-23_15-28-29_186375.pdf
21. พัชรี สังข์สี, ยุพิน ถนัดวณิชย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ และ สายฝน ม่วงคุ้ม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 25 (3):53-65
22. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G*power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods2007; 2:175-191.