

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กิจลักษณะณ์ แสงเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลทุ่งสง

(วันรับบทความ : 30 กันยายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 21 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 14 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

**บทนำ:** โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ปฏิเสธการรักษาด้วย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

**วัสดุและวิธีการศึกษา:** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตทุกราย ณ ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลทุ่งสง ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ในช่วง 1 ปี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 ราย พบว่า 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อัตราการกรองของเสียของไตระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อัมพาตที่อยู่ และสิทธิการรักษา

**สรุป:** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต อาจมาจากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว หรือแม้แต่ข้อจำกัดบางประการการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดหรือมีข้อห้ามสำหรับการฟอกไต

**คำสำคัญ:** การปฏิเสธการฟอกไต โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การบำบัดทดแทนไต

## Factors Associated to Renal Dialysis Refusal in End-Stage Renal Disease Patients in Thongsong Hospital, Nakorn Si Thammarat

Kijjalux Sangngern

Hemodialysis Unit. Thungsong

### Abstract

**Background:** The first choice of treatment option for end stage disease patients is dialysis. However, some patients select non- dialysis treatment (NDT. Rejection of Dialysis has been a barrier end-stage Renal Disease.

**Objective:** The aim of this study was Factors Affecting Rejection of Dialysis in End-Stage Renal Disease Patients in Thongsong Hospital, Nakorn Si Thammarat.

**Material and Methods:** This research study is a retrospective study. A purposive sampling was selected among all patients who received consultation on renal replacement therapy at the Hemodialysis Center, Thungsong Hospital. Study data from medical records during 1 year between 1 October 2020 – 30 September 2021.

**Result:** A sample of 428 patients found that 6 factors were statistically related ( $p<0.05$ ):sex, age, marital status, estimated Glomerular Filtration Rate, level of self-care ability, locality, and right to treatment.

**Conclusion:** Most end-stage chronic kidney disease patients refuse renal replacement therapy. There may be a number of factors related to such a decision. or even some limitations Palliative care is therefore a suitable alternative for those who are limited or contraindicated for dialysis.

**Keywords:** Dialysis refusal, End-Stage Renal Disease Patients, renal replacement therapy

## บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศมีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 และทำให้เกิดภาวะพิการหรือทุพพลภาพอันดับที่ 17 ของโลก สำหรับในประเทศไทยในแต่ละปีมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไตจำนวน 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease) มากกว่าแสนคนและมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 - 20 ต่อปี ประเมินการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในปี 2564 จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบเพิ่มเป็น 59,209 ราย<sup>(1)</sup>และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2584 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการฟอกไตประมาณ 2.3 ล้านคน<sup>(2)</sup>

การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ผู้ป่วยจะมีอายุสั้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าคนปกติจากสภาพของโรคเอง และยังมีโรคแทรกซ้อนเกิดร่วมอีกหลายชนิด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงโพแทสเซียมในเลือดสูง ฟอสเฟตในเลือดสูงภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกินแบบทุติภูมิโลหิตจางคันตามผิวหนังภาวะเลือดเป็นกรดเป็นตะคริวภาวะทุพโภชนาการเบื่ออาหาร เป็นต้น<sup>(1,3,4)</sup>แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไตจะลดลง เพราะผู้สูงอายุที่ทำการบำบัดทดแทนไตมีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวสูญเสียค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจของประเทศ เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อลดการล้างไตโดยไม่ได้วางแผน และ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ปัจจุบันมีการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะ

สุดท้าย โดยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant)การที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยวิธีบำบัดทดแทนเฉลี่ย 2 แสนบาทต่อคนต่อปี คำนวณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งประเทศจะสูงถึง 4-6 พันล้านบาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากแม้จะสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงแต่พบว่าการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต สามารถยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายลดภาวะแทรกซ้อนจากสภาวะของโรคและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>(2,4-8)</sup>

โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ 322 เตียง ในช่วงปี พ.ศ.2563สถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยมีจำนวนผู้ป่วย 2,682 ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ระยะที่ 3 สูงที่สุดถึงร้อยละ 49 รองลงมาคือระยะที่ 4 ร้อยละ 24 และระยะที่ 5 ร้อยละ 15 ตามลำดับ จากการสำรวจสาเหตุการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง 5 อันดับโรคหลัก คือ โรคเบาหวานร้อยละ 40.48 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.70 โรคเนโฟรติกซินโดรม ร้อยละ 9.41 โรคเก๊าท์ ร้อยละ 8.62 โรคหัวใจในไตร้อยละ 3.52 อีกทั้งยังพบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายนี้กลุ่มหนึ่งได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ในปี 2561-2563 พบว่าอัตราการล้างไตโดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 50,50,35 ตามลำดับ<sup>(9-12)</sup> ซึ่งยังไม่ได้มาตรฐานที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนดให้ อัตราการล้างไตโดยไม่ได้วางแผนน้อยกว่าร้อยละ 20 สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยที่เคยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตมาก่อนเมื่อมีอาการมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยทรมาณจึงเปลี่ยนใจมาล้างไตโดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม<sup>(13)</sup>

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการล้างไตส่วนใหญ่มาจากการไม่มีผู้ดูแล<sup>(14)</sup> ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี การมีความผิดปกติในการมองเห็น โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดไตวายระยะสุดท้าย และอัตราการกรองของเสียของไตที่มากกว่า 6 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร<sup>(15)</sup> อีกทั้งการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยและมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น เพศ ความรู้ การศึกษา สถานะสุขภาพ การรับรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทักษะคิด ประสพการณ์ที่ผ่านมา ความพึงพอใจ วิถีชีวิต ระยะทางถึงสถานพยาบาล และแหล่งทุน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเข้าใจในการบำบัดทดแทนไต สภาพเศรษฐกิจสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องมากมาย อุปสรรคสำคัญต่อการรักษาในไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต<sup>(14-17)</sup> ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยเฉพาะระยะที่ 4-5 ควรมีความพร้อมเพื่อการบำบัดทดแทนไตทุกราย<sup>(9-12)</sup>

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลทุ่งสง ซึ่งหากทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการล้างไตโดยไม่ได้อวางแผน และลดอัตราตาย จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยโรค รหัส ICD10 ระบุ N185 และ รหัส Z515 และได้รับคำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไตทุกราย ณ ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลทุ่งสง ทุก ราย ในช่วง 1 ปี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไปจำนวนทั้งสิ้น 428 คน

โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยเลือกฟอกไต คือ ผู้ป่วยที่เลือกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไต คือ ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองหรือยังไม่ตัดสินใจ และหรือปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต 2 ครั้งขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต 2 ครั้งขึ้นไป มีระดับการรู้สึกรู้ตัวดี สามารถสื่อสารได้ และมีข้อมูลตัวแปรที่สมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแล้วแต่

เปลี่ยนใจกลับมารับการรักษาบำบัดทดแทนไต, ผู้ป่วยที่มีข้อมูลตัวแปร ไม่ครบ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้

**เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกจากเวชระเบียนได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา เขตอำเภอที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล

2. แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย โรคร่วมสาเหตุของโรคไต อัตราการกรองไตภาวะซีมเคร้า การมองเห็นผิดปกติ ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

#### **การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย**

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความเพียงพอของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ให้เกณฑ์ระดับคุณภาพความตรงด้านเนื้อหา และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of ItemObjective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.88

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรเพียร์สัน(Pearson Product-Moment Correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ประสานงานเพื่อขออนุญาตการเข้าถึงและใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่ง

สง หลังจากนั้นทางผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่กำหนด และบันทึกข้อมูลตามแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) อัตราความเสี่ยง (Odds Ratio) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (Confidence Interval:CI)

#### **การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ REC-TH007/2021เมื่อวันที่ 9 เดือนธันวาคม 2564 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง ให้เก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยได้

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(N=428)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>			<b>8. โรคร่วม</b>		
ชาย	186	43.50	มี	415	97.00
หญิง	242	56.60	ไม่มี	13	3.00
<b>2. อายุ</b>			<b>9. ปัญหาด้านการมองเห็น</b>		
น้อยกว่า 65 ปี	176	41.10	ไม่มี	265	61.90
65 ปีขึ้นไป	252	58.90	มี	163	38.10
<b>3. สถานภาพสมรส</b>			<b>10. ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง</b>		
โสด	49	11.40	ช่วยเหลือตนเองได้ดี	250	58.40
สมรส	255	59.60	ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	149	34.80
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง	124	29.00	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	29	6.80
<b>4. อัตราการกรองของเสียของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)</b>			<b>11. อาเภอที่อยู่</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6	318	74.30	ทุ่งสง	230	53.70
มากกว่า 6	110	25.70	บางขัน	37	8.60
<b>5. สาเหตุของโรค</b>			ทุ่งใหญ่	82	19.20
เบาหวาน	206	48.10	นาบอน	34	7.90
ความดันโลหิตสูง	168	39.30	ถ้าพรหมรา	11	2.60
อื่น ๆ	54	12.60	อื่น ๆ	34	7.90
<b>6. ผู้ดูแล</b>			<b>12. สิทธิการรักษา</b>		
มี	415	97.00	บัตรประกันสุขภาพ	335	78.30
ไม่มี	13	3.00	ข้าราชการ	76	17.80
<b>7.ภาวะซึมเศร้า</b>			ประกันสังคมและรัฐวิสาหกิจ	17	4.00
มี	4	0.90	<b>13.การเลือกบำบัดทดแทนไต</b>		
ไม่มี	424	99.10	เลือก	210	49.10
			ปฏิเสธ	218	50.90

**ผลการศึกษา**

**1.ข้อมูลทั่วไป**

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.50 มีกลุ่มอายุน้อยกว่า 65 ปีร้อยละ 41.10 และกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 58.90 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มตัวอย่าง Mean(M)±standard deviation (S.D.) = 67.06 ± 16.64 ส่วนใหญ่มีสถานะสมรสคู่ร้อยละ 59.60 พบอัตราการกรองของไตมากกว่า 6 มิลลิลิตร (มล.) / นาที/1.73 ตารางเมตร(ตร.ม.) เพียงร้อยละ 25.70 ส่วนที่มีอัตราการกรองไตน้อยกว่า 6 มิลลิลิตร (มล.) /

นาที/1.73 ตารางเมตร(ตร.ม.) มากถึงร้อยละ 74.30 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคเบาหวานร้อยละ 48.10 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตร้อยละ 39.30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร้อยละ 97.00 และมีโรคร่วมระหว่างการรักษาถึงร้อยละ 97.00 และส่วนใหญ่ร้อยละ 61.90 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น มีเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 0.90 มีเพียงร้อยละ 6.80 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยส่วนใหญ่อ้อยละ 58.40 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอทุ่งสงร้อยละ 53.70

รองลงมาคือ อำเภอทุ่งใหญ่ ร้อยละ 19.20 ที่สุดถึงร้อยละ 78.30 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 17.80 และน้อยที่สุดคือสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 2.60 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามา ร้อยละ 1.60

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต (N=428)

ข้อมูลทั่วไป	การเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต		Chi p-value	OR	95%CI for OR		p-value
	เลือก(n=210)	ปฏิเสธ(n=218)			Lower	Upper	
<b>1. เพศ</b>			<0.001				0.001*
ชาย	112 (26.20)	74(17.30)		1.000			
หญิง	98 (22.90)	144 (33.60)		0.412	0.242	0.703	
<b>2. อายุ</b>			<0.001				<0.001*
น้อยกว่า 65 ปี	134 (31.30)	42 (9.80)		1.000			
65 ปีขึ้นไป	76 (17.80)	176 (41.10)		0.190	0.107	0.336	
<b>3. สถานภาพสมรส</b>			<0.001				0.014*
โสด	33 (7.70)	16 (3.70)		4.377	1.329	14.413	
สมรส	144 (33.60)	111 (25.90)		2.312	1.207	4.428	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทาง	33 (7.70)	91 (21.30)		1.000			
<b>4. อัตราการกรองของเสียของไต(มล./นาที/1.73 ตร.ม.)</b>			<0.001				0.001*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6	123 (28.70)	195 (45.60)		1.000			
มากกว่า 6	87 (20.30)	23 (5.40)		3.021	1.569	5.817	
<b>5. สาเหตุของโรค</b>			<0.001				
เบาหวาน	94 (22.00)	112 (26.20)					
ความดันโลหิตสูง	72 (16.80)	96 (22.40)					
อื่น ๆ	44 (10.30)	10 (2.30)					
<b>6. ผู้ดูแล</b>			0.002				
มี	209 (48.80)	206 (48.10)					
ไม่มี	1 (0.20)	12 (2.80)					
<b>7.ภาวะซึมเศร้า</b>			0.333				
มี	1 (0.20)	3 (0.70)					
ไม่มี	209 (48.80)	215 (50.20)					
<b>8. โรคร่วม</b>			<0.001				
มี	197 (46.00)	218 (50.90)					
ไม่มี	13 (3.00)	0 (0.00)					
<b>9. ปัญหาด้านการมองเห็น</b>			0.003				
มี	65 (15.20)	98 (22.90)					
ไม่มี	145 (33.90)	120 (28.00)					

ข้อมูลทั่วไป	การเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต		Chi p-value	OR	95%CI for OR		p-value
	เลือก(n=210)	ปฏิเสธ(n=218)			Lower	Upper	
<b>10.ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง</b>			<0.001				0.049*
ช่วยเหลือตนเองได้ดี	157 (36.70)	93 (21.70)		0.582	0.201	1.686	
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	42 (9.80)	107 (25.00)		1.256	0.426	3.699	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	11 (2.60)	18 (4.20)		1.000			
<b>11.อำเภอที่อยู่</b>			0.029				0.043*
ทุ่งสง	106 (24.80)	124 (29.00)		0.893	0.341	2.338	
บางขัน	13 (3.00)	24 (5.60)		0.530	0.143	1.965	
ทุ่งใหญ่	44 (10.30)	38 (8.90)		1.294	0.445	3.770	
นาบอน	22 (5.10)	12 (2.80)		3.055	0.840	11.105	
ถ้าพรพรรณรา	9 (2.10)	2 (0.50)		5.727	0.746	43.974	
อื่น ๆ	16 (3.70)	18 (4.20)		1.000			
<b>12. สิทธิการรักษา</b>			<0.001				<0.001*
บัตรประกันสุขภาพ	151 (35.30)	184 (43.00)		0.458	0.237	0.885	
ข้าราชการ	43 (10.00)	33 (7.70)		1.000			
ประกันสังคมและรัฐวิสาหกิจ	16 (3.70)	1 (0.20)		21.874	2.316	206.592	

\*p<0.05

## 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์พบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อัตราการครองชีพของเสียของไตสาเหตุของโรค ผู้ดูแล โรคร่วม ปัญหาด้านการมองเห็น ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อำเภอที่อยู่และสิทธิการรักษา เมื่อนำตัวแปรเหล่านี้มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ซึ่งตัวแปรในตัวแบบสุดท้ายมีเพียง 6 ปัจจัยที่พบนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อัตราการครองชีพของเสียของไต ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอำเภอที่อยู่ และสิทธิการรักษา

### วิจารณ์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะเป็นข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุ่งสงเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งแต่จากข้อมูลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เลือกปฏิเสธในการบำบัดทดแทนไต ในระดับสูงถึงร้อยละ 50.90 ถึงแม้ว่าแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกราย จะได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยแพทย์อายุรศาสตร์โรคไตและพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลอย่างเพียงพอในการประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้ง 6 ปัจจัย สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้



เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เลือกบำบัดทดแทนไตเป็นเพศชาย ด้วยจำเป็นต้องพยายามหาวิธีบำบัดดูแลตนเองเมื่อถึงยามเจ็บป่วย มีความจำเป็นต้องหารายได้ร่วมกับบนต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังคงอยู่ในสถานภาพสมรส ที่สามารถช่วยในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถึงผลดีผลเสียในการบำบัดทดแทนไตและเป็นแรงสนับสนุนเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่มีโอกาสในการคาดหวังที่จะทำให้ชีวิตตนเองยืนยาวและยังคงสุขภาพที่ดีพอที่จะดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองได้<sup>(16,17)</sup>

อายุ จากรายงานสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอายุน้อยลง ผลการวิจัยครั้งนี้ยังยืนยันอีกว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และเมื่ออายุมากขึ้นการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว<sup>(16)</sup>ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายฉบับที่ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักมีแนวคิดที่ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา ได้ใช้ชีวิตมานานแล้ว และเหลือชีวิตอยู่อีกไม่นานอัตราการกรองของเสียของไต อีกทั้งอายุยังสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่อายุยังน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอันเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังก็เป็นได้<sup>(14)</sup> ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของเสียของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. แต่ไม่แสดงอาการและอาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อน ทำให้คิดว่าร่างกายยังคงแข็งแรง ยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องฟอกไต ในงานวิจัยหลายงานชี้ว่าอัตราการกรองไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการปฏิเสธหรือ

เลือกการฟอกไต<sup>(15,18)</sup> มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าหากผู้ป่วยสูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางกายไม่ดีต้องพึ่งพผู้อื่นในการเคลื่อนไหวนั้น มีแนวโน้มที่ทางการรักษาที่น่าจะเหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองมากกว่าการบำบัดทดแทนไต

ผู้ดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงเป็นบุคคลสำคัญ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยผลักดันอย่างมาก ส่วนใหญ่มาจากการไม่มีผู้ดูแล<sup>(14)</sup> รู้สึกด้อยค่า ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตัวเองแรงจูงใจที่ต้องการรักษาตนเองและการตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต เชื่อกันว่าตนเองผ่านพ้นความเจ็บป่วยไปได้ด้วยดีเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย และสามารถเผชิญกับโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความแสวงหาวิธีการรักษาและเพิ่มคุณค่าของชีวิต และสามารถคงอยู่ในการรักษาได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย<sup>(19)</sup>

ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง อาเภอที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อย่างมีนัยสำคัญทาง ( $p < 0.05$ ) ระยะห่างระหว่างที่อยู่อาศัยหรือที่พักกับสถานพยาบาล การเดินทางที่สะดวกเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยในการตัดสินใจเลือก เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยมีความสะดวกในการเดินทางและการเข้ารับบริการอย่างเหมาะสมตามศักยภาพและต่อเนื่องตามบริบทก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดีไปได้ รู้สึกง่ายไม่ยากลำบาก บริหารจัดการได้ด้วยตนเองไม่เป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว เป็นความสามารถแห่งตนของผู้ป่วย (Patient's competence) หมายถึง ศักยภาพของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะใช้พิจารณาเพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเนื่องจากการรักษาในระยะยาวย่อมมีผลต่อค่าใช้จ่าย หากผู้ป่วยมี

ข้อจำกัดด้านความสะดวก ความห่างไกลก็อาจส่งผลกระทบต่อการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้<sup>(2,5,16,19)</sup>

สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เกือบทั้งหมดได้รับสิทธิสวัสดิการจากภาครัฐ โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรับการบำบัดทดแทนไตเพียงบางส่วนหรือไม่มากนัก จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยพิจารณาเลือกนั้น ตนเองมีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี ไม่กระทบในการดำเนินชีวิต ไม่กระทบต่อเศรษฐกิจทางครอบครัว มีศักยภาพในการเข้าถึงบริการได้อย่างดีและต่อเนื่อง ทำให้สามารถสนับสนุนการตัดสินใจได้ดีด้วยยอมทำให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตน<sup>(14,20)</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าประเทศกำลังพัฒนานั้นสาเหตุการตัดสินใจปฏิเสธนั้นเกิดจากความวิตกกังวลที่สร้างภาระให้กับครอบครัวไม่ใช่เรื่องค่าใช้จ่าย<sup>(17,21)</sup>

การตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งคิดว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนเองสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ต่อไป ถึงแม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะเป็นเหตุการณ์ที่มีประโยชน์แต่ก็มีความเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยหลายรายเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ตลอดจนทัศนคติเชิงลบต่อการฟอกไตด้วยเช่นกัน ประกอบกับขาดความรู้ความเข้าใจถึงสภาวะของโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติยังเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง<sup>(4)</sup> การบำบัดทดแทนไตจำเป็นต้องมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายผู้ป่วยควรได้รับการประเมินเป็นองค์รวมจึงจะได้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีที่สุด<sup>(22)</sup> ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามา มีบทบาทในการดูแลด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยเฉพาะระยะที่ 4-5 ควรมี

ความพร้อมเพื่อการบำบัดทดแทนไตทุกรายทำให้ อัตราการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตถูกเงินลดลง

ถึงแม้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถเลือกวิธีการรักษานี้ได้ทำให้มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิเสธวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นผลให้ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายกับอาการรบกวนและภาวะแทรกซ้อนในระยะท้ายของชีวิตด้วยความทุกข์ทรมานดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับกลุ่มนี้เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงวาระสุดท้ายได้อย่างสมศักดิ์ศรี ด้วยเหตุนี้ ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลประคับประคองเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติในการดูแล<sup>(23,24)</sup>

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยส่งผลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความหลากหลายในการศึกษาอีกทั้งควรมีศึกษาถึงการแนวทางการให้ข้อมูลและประสิทธิภาพของในการรับรู้ข้อมูลเพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนางานเนื่องจากการคาดหวังในผลของการบำบัดทดแทนไตเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ การได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสมย่อมนำมาซึ่งความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตตามบริบทของตนเองมากที่สุด

### สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต อาจมาจากหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อัตราการกรองของเสียของไต อัมพาตที่อยู่ และสิทธิการรักษา หรือแม้แต่ข้อจำกัดบางประการการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดหรือมีข้อห้ามสำหรับการฟอกไต

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ คุณพุดิสันต์ รัตนชู พยาบาลวิชาชีพ  
 ชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลทุ่งสงที่ให้ความอนุเคราะห์ในการให้  
 คำปรึกษาตลอดการทำวิจัย

**เอกสารอ้างอิง**

1. คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ; 2561.
2. ดวงกมล อมรลักษณ์ปรีชา. การเปรียบเทียบต้นทุนทางตรงและทางอ้อมระหว่างการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และวิธีชองท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย: การประเมินทางคณิตศาสตร์ประกันภัย. สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์; 2561.
3. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, บรรณาธิการ. ตำราโรคไตเรื้อรัง. 2 พิมพ์ครั้งที่. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชันจำกัด; 2562.
4. ธิดารัตน์ อภิญญา, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. กมลรัตน์ บุญญิตินพรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2560;32(1):2-9.
6. กุมาลีพร ตรีสอน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(1):13-20.
7. เกรียงไกร เฮงรัศมี, กนกพร แจ่มสมบุรณ์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกลามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
8. ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Concepts of quality of life). วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2559;49(2):171-84.
9. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2561. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลทุ่งสง; 2561.
- 10.งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2562. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลทุ่งสง; 2562.
- 11.งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2563. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลทุ่งสง; 2563.
- 12.งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งสง. รายงานสถิติประจำปี พ.ศ.2564. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลทุ่งสง; 2564.

- 13.สุปราณี สูงแข็ง, สมพร แวงแก้ว. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดอุดรธานี. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2):1-9.
- 14.อำนาจพร แดงสีบัว, อัจฉราวรรณ โตภาคงาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, จุฬารณ ลีมีวัฒนานาน . การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบไม่ฟอกไต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558; 9(2): 181-92.
- 15.อภิรดี อภิวัฒน์นการ, ชิตชนก เรือนก้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิศต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิศต. 2561;10(2):29-43.
- 16.พัชรี สังข์สี, ยุพิน ฅนัฒนดิษย์, วัลภา ฅนุทรงเกียรติ, สายฝน ม่วงฅม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกริธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารฅณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(3):52-65.
- 17.จักรพงษ์ เสงตระกุลเวนิช, กนกวรรณ พรหมชาติ, สุชัญญา พรหมนัฒ, นภาพร บุญยัฒ, จิตาพร อินทพงษ์, ภัทรารณ มีศิริ. การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต. วารสารกรมการแพทย. 2563;4(4):111-21.
18. Davis JL, Davison SN. Hard choices, better outcomes: a review of shared decision-making and patient decision aids around dialysis initiation and conservative kidney management. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2017;26(3):205-13.
19. Finderup J, Jensen JD, Lomborg K. Shared decision-making in dialysis choice has potential to improve self-management in people with kidney disease: A qualitative follow-up study. *J Adv Nurs*. 2021;77(4):1878-87.
- 20.ปิยรัตน์ ไชยศิวมงคล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดลัอม. 2564;6(2):1-12.
21. Saeed F, Sardar M, Rasheed K, Naseer R, Epstein RM, Davison SN, Mujtaba M, Fiscella KA. Dialysis Decision Making and Preferences for End-of-Life Care: Perspectives of Pakistani Patients Receiving Maintenance Dialysis. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(2):336-45.
22. Finderup J, Lomborg K, Jensen JD, Stacey D. Choice of dialysis modality: patients' experiences and quality of decision after shared decision-making. *BMC Nephrol*. 2020;21(1):330.

23. ปาณิสรา สนั่นเอื้อ, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมุมมองของพยาบาล. การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23. 25 มีนาคม 2565; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565
24. Ch'ng CC, Ong LM, Beh KKM, Md Yusuf WS, Chew TF, Lee ML, Hooi LS, Wong HS, Shah Firdaus Khan S, Ahmad G. Survival advantage of initiating dialysis in elderly and non-elderly incident end-stage kidney disease patients. *Nephrology (Carlton)*. 2020;25(8):644-51.