

ผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้

ธนเทพ วณิชยากร¹, เนตรชนก ขีดล่อง²

¹สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้ **วิธีการ:** รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลองในตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การหาปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดทดแทนไต 2) การพัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการให้คำแนะนำประกอบด้วยชุดของคู่มือให้คำแนะนำ แบบสนับสนุนการตัดสินใจ และแบบประเมินความสำคัญเหตุผลในการตัดสินใจ และ 3) การศึกษาผลของการใช้เครื่องมือดังกล่าวในผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 60 รายที่คัดเลือกแบบเจาะจง โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้คำแนะนำ 2 เดือนในประเด็นการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ความรู้สึกขัดแย้ง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และความรู้ที่เกี่ยวข้อง **ผลการวิจัย:** ทุกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่า Cronbach's alpha > 0.7 หลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 3 ราย (ร้อยละ 5) เป็น 26 ราย (ร้อยละ 43.33) ในขณะที่ผู้ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตเหลือ 34 ราย (ร้อยละ 56.67) จาก 57 ราย (ร้อยละ 95) คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.53 ± 1.52 เป็น 7.08 ± 1.05 (เต็ม 10 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจลดลงจาก 51.54 ± 13.10 เป็น 25.50 ± 9.30 (เต็ม 100 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นจาก 50.08 ± 16.77 เป็น 67.92 ± 14.30 (เต็ม 100 คะแนน) การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกผลลัพธ์ ($P < 0.001$) **สรุป:** เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในแต่ละทางเลือกของการรักษา รวมถึงกระบวนการแก้ไขปัญหาหายบุคคล ช่วยลดความขัดแย้งในการตัดสินใจ และตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น **คำสำคัญ:** เครื่องมือช่วยตัดสินใจ การบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรัง การศึกษาแบบผสมผสาน

รับต้นฉบับ: 20 ก.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 26 ต.ค. 2567, รับลงตีพิมพ์: 31 ต.ค. 2567

ผู้ประสานงานบทความ: เนตรชนก ขีดล่อง กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลรัตนภูมิ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา 90180

E-mail: Netchanok.a.k@gmail.com

Outcomes of the Application of Decision Aid for Renal Replacement Therapy in Patients with Chronic Kidney Disease in a Southern Community Hospital

Tanatape Wanishayakorn¹, Netchanok Keedlong²

¹Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

²Pharmacy and Health Consumer Protection Department, Rattaphum Hospital, Songkhla

Abstract

Objective: To study outcomes of the application of a decision-support tool for chronic kidney disease (CKD) patients in making decisions on renal replacement therapy (RRT) in a community hospital in the south. **Methods:** The research was a mixed-method design of a qualitative study and a quantitative study with quasi-experimental design in one group with pretest and posttest between August 2021 and January 2024. Study consisted of three phases. The first phase involved the identification of factors influencing decisions on RRT. The second phase was the development of a decision-support tool comprising a set of decision aids, a decision-making support guide, and a decision-making rationale assessment scale. The third phase involved the study of outcomes of the application of tools in 60 purposively selected CKD patients. Data were collected before and two months after the intervention including decision-making on RRT, decisional conflict, self-efficacy, and relevant knowledge. **Results:** All tools in the study showed Cronbach's alpha > 0.7. After implementing the intervention, the number of patients who accepted RRT increased from 3 (5%) to 26 (43.33%), while those declining RRT decreased from 57 (95%) to 34 (56.67%). Average knowledge score increased from 2.53 ± 1.52 to 7.08 ± 1.05 (out of 10). Mean decisional conflict score decreased from 51.54 ± 13.10 to 25.50 ± 9.30 (out of 100). Mean self-efficacy score increased from 50.08 ± 16.77 to 67.92 ± 14.30 (out of 100). All changes reached statistically significant levels ($P < 0.001$). **Conclusion:** The decision-support tool enhanced patients' knowledge and understanding of treatment options, facilitated individualized problem-solving, reduced decisional conflict, and increased the likelihood of choosing RRT.

Keywords: decision aid, renal replacement therapy, chronic kidney disease, mixed-method study

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกเนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากถึง 1.4 ล้านราย (1) ขณะที่ปี พ.ศ. 2559-2563 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไตเพิ่มจาก 9,259 เป็น 10,758 ราย โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 59,531 ราย จากผู้ป่วยทุกระยะมากกว่าหนึ่งล้านราย (2) หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครบวงจรและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะสามารถป้องกันการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 5 อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอัตราการเสื่อมของไตอย่างรวดเร็วจนถึงระยะที่ 5 หรือกำลังอยู่ในระยะที่ 4 จำเป็นต้องเตรียมตัวและรับคำแนะนำเพื่อเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด เพราะการบำบัดทดแทนไตสามารถเพิ่มการรอดชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึง 5.6 ปี (3)

ปัจจุบันผู้ป่วยไตเรื้อรังในแต่ละโรงพยาบาลของไทยร้อยละ 29.27-40.12 ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและเลือกการรักษาแบบประคับประคอง (4-5) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารักษานอกเหนือจากการนัดหมายเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังร้อยละ 37.5 และเข้านอนโรงพยาบาลร้อยละ 57 (4) ในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตจะมีอัตราการหายใจลำบากมากกว่ากลุ่มบำบัดทดแทนไต (ร้อยละ 63 และ 8 ตามลำดับ) (6) เมื่ออาการของโรคดำเนินไปอย่างรวดเร็วเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตพบว่า ร้อยละ 46 ของผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติและต้องเข้ารับการฟอกเลือดฉุกเฉินในโรงพยาบาล (7) ทำให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (8)

สาเหตุที่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลการรักษาที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจอย่างเหมาะสม (9) ปัจจุบันจึงมีการใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจรูปแบบการรักษาและมีการตัดสินใจที่ดียิ่งขึ้น (10) เช่น การใช้วิดีโอทัศน์และให้คำปรึกษารายบุคคล (11) และเครื่องมือช่วยตัดสินใจในรูปแบบออนไลน์เพื่อวัดความรู้และความพร้อมในการตัดสินใจ (12) เครื่องมือเหล่านี้สามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เลือกการบำบัดทดแทนไตได้ (11,13)

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาพบผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในปี พ.ศ. 2561-2562 จำนวน 75 และ 96 คน (ร้อยละ 32.53 และ 38.27) ตามลำดับ เมื่อพิจารณากระบวนการให้คำแนะนำของโรงพยาบาลพบว่าเป็นเพียงการให้ความรู้เบื้องต้นของการรักษา ขาดการอธิบายผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก รวมถึงขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (14) จึงอาจส่งผลให้การตัดสินใจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในบริบทภาคใต้ที่อาจมีมุมมองการตัดสินใจที่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่น ๆ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับการตัดสินใจในบริบทของพื้นที่ภาคใต้ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้คำแนะนำในการตัดสินใจ (15) เพื่อปรับปรุงข้อจำกัดในกระบวนการให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตัวเอง และมีความเข้าใจและยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น เครื่องมือที่พัฒนานี้เป็นส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยในชุมชนที่ขาดความรู้ ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และมีความขัดแย้งในการตัดสินใจ ให้ก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อสามารถตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมได้

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ.2564 (หมายเลขรับรอง 24/2564 และหมายเลขการต่ออายุ 1/2567) การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลองในตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดทดแทนไต 2. การพัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไตร่วมกับสหวิชาชีพ และ 3. การศึกษาถึงผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไต การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2567

ระยะที่ 1 การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ

การศึกษาระยะที่ 1 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้ที่ยอมรับ หรือ ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี และผู้ป่วยในระยะที่ 3b – 4 ที่ไม่เคยได้รับการให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต โดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุ 18 – 75 ปี และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยด้วยตนเอง

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต 3 ด้าน คือ ทศนคติและความเชื่อ คุณลักษณะส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแพทย์ตรวจรักษาโรคไตเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำบำบัดทดแทนไตจำนวน 2 ท่าน แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.9

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้ ใช้เวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความเข้าใจเนื้อหาจากผู้ป่วย ถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายถัดไปสลับกันระหว่างผู้ที่ยอมรับการบำบัดทดแทนไต ผู้ที่ปฏิเสธ และผู้ไม่เคยรับคำแนะนำ อย่างน้อยกลุ่มละ 5 คน จนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยวิเคราะห์ใจความสำคัญและประเด็นที่ศึกษา เพื่อจัดกลุ่มประเด็นความหมายแต่ละประเภท สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจการบำบัดทดแทนไตและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าโดยตรวจสอบกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และยืนยันความถูกต้องโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไตร่วมกับสหวิชาชีพจำนวน 3 เครื่องมือ

ได้แก่ 1) คู่มือช่วยตัดสินใจบำบัดทดแทนไต 2) แบบบันทึกการสนับสนุนการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต และ 3) แบบประเมินความสำคัญในการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต รายละเอียดของเครื่องมือโดยย่อมีดังนี้

1) คู่มือช่วยตัดสินใจบำบัดทดแทนไตพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม My Kidneys, My choice Decision Aid (MKDA) และการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไต (12,16-18) เพื่อคัดเลือกเนื้อหาที่ผู้ป่วยต้องทราบในแต่ละแนวทางของการรักษา โดยเนื้อหาในคู่มือที่พัฒนาขึ้นต้องเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (14) คู่มือประกอบด้วย การให้ข้อมูลภาวะโรคไตเรื้อรังและทางเลือกในการรักษา การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือกในรูปแบบตาราง (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การผ่าตัดปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง) และการถามตอบข้อสงสัย แนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

2) แบบบันทึกการสนับสนุนการตัดสินใจ ที่พัฒนาจากคู่มือช่วยตัดสินใจที่วางแผนสนับสนุนการตัดสินใจและแบบบันทึกการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (13,19-20) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจากการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 ที่ผ่านการสรุปปัจจัยและแนวทางการแก้ไขในแต่ละปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดทดแทนไต แนวทางดังกล่าวมาจากการปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การบันทึกปัญหาในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีสาเหตุมาจากประเด็นใด (ผู้ป่วยเข้าใจทางเลือกในการรักษาหรือไม่ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเพียงพอหรือไม่ และปัญหาอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วย) และการบันทึกแนวทางการให้คำแนะนำต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยรายดังกล่าวตามแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น

3) แบบประเมินความสำคัญในการตัดสินใจ ที่พัฒนาจากคู่มือสนับสนุนการตัดสินใจที่มีแนวทางในการกระตุ้นการตัดสินใจ การประเมินความสำคัญจากผลกระทบต่องานรูปแบบการดำเนินชีวิต และแบบบันทึกการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในอดีต (16,19-20) เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การให้ระบุเหตุผลและประเมินความสำคัญในการตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธการรักษา โดยให้ผู้ผู้ป่วยพิจารณาจากข้อดี-ข้อเสียที่เกิดจากการ

ยอมรับหรือปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตว่า ในแต่ละข้อมีความสำคัญต่อการตัดสินใจมากน้อยเพียงใด และการประเมินผลการรักษาแต่ละวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยยังคงสามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตที่สำคัญได้

ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นต่อเครื่องมือจากสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้ โดยการจัดกลุ่มสนทนา การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของทั้ง 3 เครื่องมือพบค่า CVI มากกว่า 0.8 แสดงว่า เนื้อหามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และนำเครื่องมือไปใช้ในระยะถัดไปได้

ระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้เครื่องมือ

การประเมินผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไตใช้แบบของการวิจัยกึ่งทดลองในตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง

ตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b – 5 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งทางภาคใต้ มีเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าในงานวิจัยดังนี้ 1) ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b-5 2) มีอายุ 18-75 ปี 3) รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมงานวิจัย 5) สื่อสารด้วยภาษาไทยด้วยตนเองหรือมีญาติที่ให้อำนาจได้ 6) ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหลังได้รับคำแนะนำบำบัดทดแทนไตเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี หรือไม่เคยได้รับคำแนะนำบำบัดทดแทนไต 7) ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ควรรับการรักษาแบบประคับประคอง (21) และ 8) ไม่เคยมีประวัติบำบัดทดแทนไต เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และ 2) มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ หรือการใช้ความคิด

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกันสองกลุ่ม (22) ส่วนค่าพารามิเตอร์อ้างอิงจากการศึกษาของ Subramanian และคณะ (23) คือ ค่าความแปรปรวนของคะแนนความขัดแย้งในการตัดสินใจเป็น 252.81 ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความขัดแย้งในการตัดสินใจระหว่างสองกลุ่มเป็น 14.5 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ขนาดตัวอย่างที่

คำนวณได้คือ 16 คน สำหรับงานวิจัยนี้มีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จึงคำนวณเผื่อกรณีผู้ป่วยสูญหายอีกร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ คือ 20 คน จึงใช้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b-5 (24) กลุ่มละ 20 คน รวม 60 คน การคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

เครื่องมือ

เครื่องมือในระยะนี้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) เครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ได้พัฒนาขึ้น 3) แบบประเมินความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ ที่พัฒนาจากแบบประเมินความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ และการสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตของ จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ (20) 4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ที่พัฒนาจากกรอบทฤษฎีของ O'Connor (25) ซึ่งแปลเป็นไทยและแปลย้อนกลับ และ 5) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของวรรณกรรม เสริมกลิ่นและชินฤทัย ยี่เขียน (11) โดยแบบประเมินที่ 3-5 ใช้สำหรับประเมินประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ เพื่อวัดความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว เครื่องมือผ่านการทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยมีค่า Cronbach's Alpha มากกว่า 0.7 ถือได้ว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (Hos-os) ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ข้างต้นในวันที่ตัวอย่างมาโรงพยาบาลตามนัดหมายเพื่อติดตามโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยขอเข้าพบและเชิญชวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลรายบุคคล หลังจากตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำผู้เข้าร่วมเข้าขั้นตอนการให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งแบ่งเป็นการนัดพบจำนวน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 2 เดือน และนัดหมายครั้งที่ 3 กรณีปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยได้

มีการย้าให้มาพบแพทย์ตามนัดและให้มีสมาชิกครอบครัวที่ดูแลหลักหรือตัดสินใจแทนได้เข้าร่วมตลอดโครงการ

สิ่งทดลอง

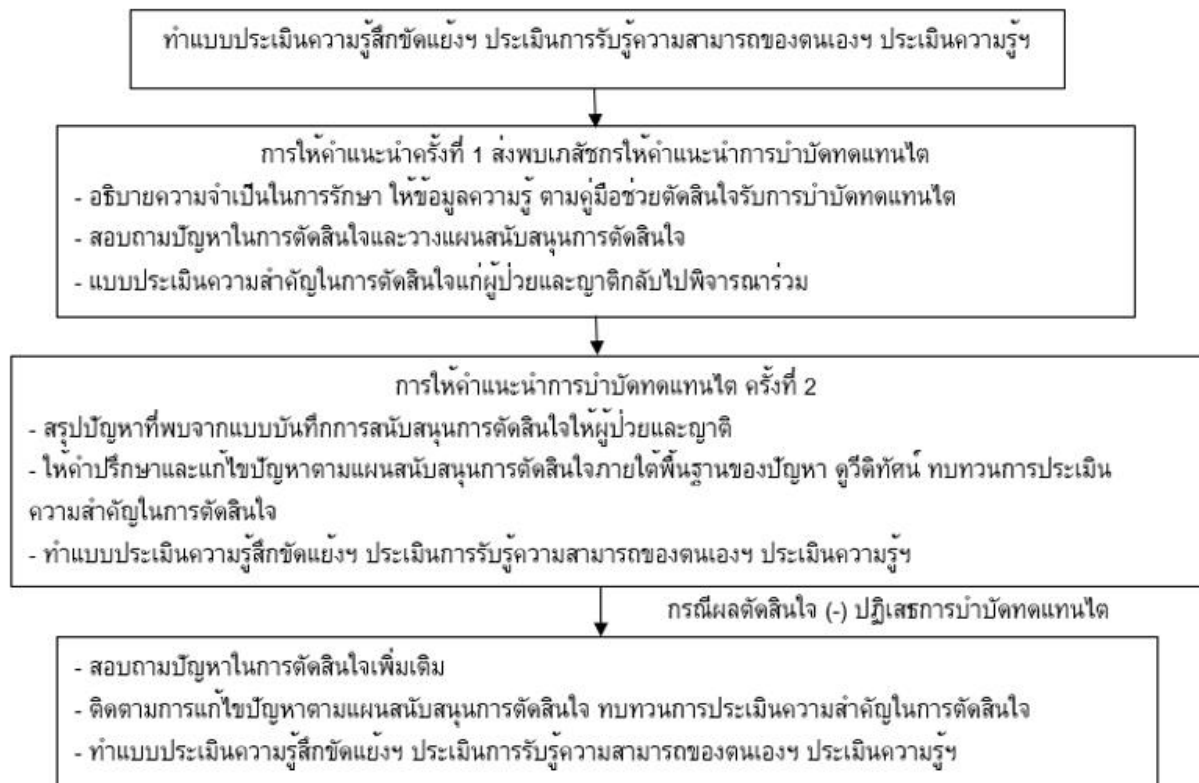
สิ่งทดลองที่ใช้ในการศึกษาแสดงในรูปที่ 1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดหมายเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต

ขั้นที่ 2 ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการบำบัดทดแทนไต ดังนี้ หลังพบแพทย์ตรวจรักษาแล้ว ผู้ป่วยพบผู้วิจัยเพื่อทำแบบประเมินความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยเริ่มอธิบายความจำเป็นในการรักษาบำบัดทดแทนไตตามขั้นตอนดังนี้ ก) ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติตามเอกสารคู่มือช่วยตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ใช้เวลา 20-30 นาที ข) ผู้ป่วยทำแบบบันทึกสนับสนุนการตัดสินใจในส่วนสำหรับผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาในการตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละราย ค) ให้แบบประเมินแก่ผู้ป่วยและญาติกลับไปพิจารณาร่วมกันที่บ้านเพื่อวัดความสำคัญ

ในการตัดสินใจ และวัดระดับผลการรักษาแต่ละวิธีต่อการดำเนินกิจกรรมที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางกระตุ้นการตัดสินใจ เปรียบเทียบประโยชน์ ความเสี่ยงแต่ละทางเลือก และผลกระทบของการรักษาต่อกิจกรรมในการดำเนินชีวิต และ ง) ผู้วิจัยประเมินปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจระบุสิ่งที่จะทำให้ในขั้นตอนต่อไปตามแบบบันทึกการสนับสนุนการตัดสินใจ สำหรับเจ้าหน้าที่ร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาและลดอุปสรรคในการตัดสินใจ

ในการให้คำแนะนำครั้งที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้ ก) ผู้วิจัยสรุปอุปสรรคและข้อกังวลที่มีต่อการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ป่วยและญาติ แล้วให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหายอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติตามแผนสนับสนุนการตัดสินใจ ภายใต้พื้นฐานของปัญหา ข) ให้ตัวอย่างคู่มือทัศนวิธการบำบัดทดแทนไตและสาริตขั้นตอนการบำบัดทดแทนไตจากสมาคมโรคไต 20 นาที ค) ผู้วิจัยเสนอทางเลือกการบำบัดทดแทนไต ทบทวนการประเมินความสำคัญในการตัดสินใจ ซึ่งแนะนำปัจจัยที่ให้ความสำคัญที่สุด รวมถึงผลกระทบที่มีต่อกิจกรรมประจำวันที่สำคัญในแต่ละทางเลือก และ ง) เมื่อเสร็จสิ้นการให้คำแนะนำตัวอย่างตอบแบบประเมินหลังจากการให้คำแนะนำเช่น



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เดียวกับครั้งที่ 1 หลังจากให้คำแนะนำครั้งที่ 2 หากตัวอย่างตัดสินใจปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยจะนัดติดตามผลในครั้งต่อไป

การให้คำแนะนำกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหลังการให้คำแนะนำครั้งที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้ ก) ผู้วิจัยสอบถามปัญหาในการตัดสินใจเพิ่มเติม ติดตามการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมตามแผนสนับสนุนการตัดสินใจ ภายใต้พื้นฐานของปัญหา ข) ทบทวนการประเมินความสำคัญในการตัดสินใจ จากนั้นสรุปผลการตัดสินใจ และ ค) ให้ตัวอย่างตอบแบบประเมินหลังการให้คำแนะนำ เช่นเดียวกับครั้งที่ 1 หากผู้ป่วยยังคงเลือกปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีม palliative care เพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย ก่อนและหลังให้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ ใช้สถิติ paired t test การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังให้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ ใช้สถิติ McNemar's test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย มีจำนวน 18 คน อายุระหว่าง 40–68 ปี ประกอบด้วยเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 7 คน สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (13 คน) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b – 5 มีทั้งหมด 3 ประเด็นดังนี้

1. การให้คุณค่าชีวิต ทัศนคติ และความเชื่อ: ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า โรคที่เกิดขึ้นทำให้คุณค่าของชีวิตลดลง รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ หดหู่ กังวลใจ มีความต้องการกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมถึงความรักที่มีต่อครอบครัวมีผลให้ตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไต ในขณะที่ผู้ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต มักมองว่า ตนไม่มีภาระในการรับผิดชอบครอบครัว จึงไม่กังวลในการจากไป นอกจากนี้ทัศนคติและความเชื่อที่มีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจ คือ ความเชื่อที่จำ

มาจากการบอกต่อหรือประสบการณ์ที่ได้มาจากญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากการล้างไตทางผนังช่องท้องต้องทำตามแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยจึงกลัวจะทำได้ไม่ดี รู้สึกยุ่งยาก และไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ถ้าล้างแล้วเสียชีวิตเร็ว ส่วนมากล้างแล้วตาย พูดแบบนี้ทุกคนเลย” และ “รู้สึกว่ายุ่งยากลำบาก ถ้าเสี่ยงได้ก็เสี่ยง ไม่ล้างก่อน ถ้าเสี่ยงไม่ได้ก็ต้องล้าง”

2. คุณลักษณะส่วนบุคคล: ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ไม่ใช่ระยะสุดท้ายมักไม่ทราบถึงผลกระทบหรืออาการรุนแรงภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยต้องพบเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย และยังคงคิดว่าตนเองแข็งแรงดี ส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา ในทางกลับกันเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจนใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยบางคนเปลี่ยนใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ดังคำกล่าว “เราไม่รอดแล้วไง เราไม่ไหวแล้วญาติ ๆ ก็บอกฟอกก็ฟอก”

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไตทำให้ผู้ป่วยบางรายกังวลค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นสำหรับเตรียมห้องเพื่อล้างไตทางผนังช่องท้อง ดังคำกล่าว “ค่าใช้จ่าย ลำบาก ลูกก็ลำบาก เขาว่าต้องใช้ห้องแก้ว ต้องเตรียมห้องกระจกสำหรับล้างไต” ทั้งยังมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสภาพจิตใจยังส่งผลต่อความพร้อมในการรับการรักษา หากเกิดความสับสนและมีเครียดมาก จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตได้ จึงส่งผลให้ตัดสินใจปฏิเสธการรักษา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ปรึกษากับทั้งพยาบาล ทั้งหมด ถึงขั้นให้ล้างและฟอก ให้เราเลือก 2 ทาง จะฟอกหรือจะล้าง ตอนนั้นพี่ทำใจไม่ได้ ก็เลยหนี อยู่บ้านไม่ยอมไป”

นอกจากนี้ปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจ เช่น การสูญเสียรายได้ การไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้ จัดเป็นเหตุผลทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจ ศาสนาก็จัดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เช่นกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “กังวลว่าอุปการะล้างไตที่หน้าห้องจะใหญ่เกินไป ไปละหมาดไม่ได้ สายรุ่งรัง แต่พอไปเห็นคนล้างจริงถึงเข้าใจเลยตัดสินใจล้าง” หรือ “แล้วแต่อัลเลาะห์ จะเอา(ชีวิต) ก็เอา”

3. การสนับสนุนของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์: แรงจูงใจจากการสนับสนุนจากครอบครัว

และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเอง จึงตัดสินใจยอมรับการรักษาบำบัดทดแทนไต ดังคำกล่าว “ภรรยาช่วยกระตุ้นให้ตัดสินใจว่าถ้าหนักกว่านี้เจอน้ำท่วม ปอดนอนไม่ได้ นิ่งไม่ได้นะ เลยตัดสินใจล้าง”

ผลของการใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 63.3 และ 36.7 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 63.75 ± 6.97 ปี สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 50 คน (ร้อยละ 83.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประถมศึกษา 1-6 จำนวน 53 คน (ร้อยละ 88.3) อัตราการครองชีพเฉลี่ย 24.87 ± 10.63 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ระยะเวลาเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ 6–10 ปี (39 คนหรือร้อยละ 65)

การตัดสินใจเลือกรักษา

เมื่อใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น 23 คน (ร้อยละ 38.33) จากเดิม 3 คน เป็น 26 คน ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนลดลงจากเดิม 57 คน เหลือเพียง 34 คน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 จำนวนผู้ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเป็นเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตมีจำนวน 18 คน และ 5 คน หลังการติดตามครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ความรู้และตัวแปรทางจิตวิทยาอื่น ๆ

หลังใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 2.53 ± 1.52 เป็น 7.08 ± 1.05 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยมี

คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 2.05 ± 1.19 เป็น 6.75 ± 1.02 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

หลังใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจลดลงจาก 51.54 ± 13.10 เป็น 25.50 ± 9.30 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b โดยคะแนนลดลงจาก 55.47 ± 6.40 เป็น 24.84 ± 7.30 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจในแต่ละประเภทของการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษา พบว่า กลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไตทั้งก่อนและหลังให้เครื่องมือ กลุ่มที่ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตในการติดตามครั้งที่ 2 และหลังการติดตามครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกขัดแย้งลดลงเป็น 22.40 ± 5.02 , 22.22 ± 5.71 และ 16.25 ± 10.63 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ตามลำดับ ทำให้มีความมั่นใจในการนำการตัดสินใจของผู้ป่วยไปใช้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ < 25 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) (14) โดยพบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตในการติดตามหลังการปฏิเสธครั้งที่ 2 ในขณะที่กลุ่มที่ตัดสินใจปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตทั้งก่อนและหลังให้เครื่องมือ มีคะแนนเท่ากับ 28.86 ± 9.55 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ซึ่งมีคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ตัดสินใจบำบัดทดแทนไต ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นจาก 50.08 ± 16.77 เป็น 67.92 ± 14.30 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยพบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่

ตารางที่ 1. การตัดสินใจเลือกรักษาเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในช่วงก่อนและหลังใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการรักษาบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

		หลังใช้เครื่องมือฯ, จำนวนคน (ร้อยละ)		รวม
		บำบัดทดแทนไต	ปฏิเสธบำบัดทดแทนไต	
ก่อนใช้เครื่องมือฯ,	บำบัดทดแทนไต	3 (5.00)	0*	3 (5.00)
จำนวนคน (ร้อยละ)	ปฏิเสธบำบัดทดแทนไต	23* (38.33)	34 (56.67)	57 (95.00)
	รวม	26 (43.33)	34 (56.67)	60 (100.00)

หมายเหตุ: McNemar's test, $P < 0.001$

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจในช่วงก่อนและหลังใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

การเปรียบเทียบผลของการใช้เครื่องมือ	ก่อนใช้เครื่องมือ (n = 60) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (ต่ำสุด-สูงสุด)	หลังใช้เครื่องมือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD (ต่ำสุด-สูงสุด)		
		ครั้งที่ 1 (n = 60)	ครั้งที่ 2 (n = 39)	รวม (n = 60)
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต (รวม)	2.53* $\pm$ 1.52 (0-8)	6.25 $\pm$ 1.34 (2-10)	7.13 $\pm$ 1.06 (5-10)	7.08* $\pm$ 1.05 (4-10)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b	2.55* $\pm$ 1.76 (1-8)	6.5 $\pm$ 0.95 (5-8)	7.3 $\pm$ 0.52 (7-8)	7.10* $\pm$ 0.72 (5-8)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4	3.00* $\pm$ 1.49 (1-7)	6.6 $\pm$ 1.47 (4-10)	7.33 $\pm$ 1.40 (5-10)	7.40* $\pm$ 1.23 (5-10)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5	2.05* $\pm$ 1.19 (0-5)	5.65 $\pm$ 1.39 (2-8)	6.81 $\pm$ 0.83 (5-8)	6.75* $\pm$ 1.02 (4-8)
ความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ (รวม)	51.54* $\pm$ 13.10 (10.94-75)	31.20 $\pm$ 12.68 (4.69-65.63)	27.24 $\pm$ 10.46 (1.56-43.75)	25.50* $\pm$ 9.30 (1.56-43.75)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b	55.47* $\pm$ 6.40 (46.88-75.00)	29.14 $\pm$ 13.01 (18.75-60.94)	27.93 $\pm$ 9.93 (12.5-37.5)	24.84* $\pm$ 7.30 (12.50-37.5)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4	56.02* $\pm$ 11.87 (26.56-73.43)	33.52 $\pm$ 12.93 (18.75-65.63)	26.35 $\pm$ 11.14 (1.56-40.63)	26.02* $\pm$ 9.73 (1.56-40.63)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5	43.13* $\pm$ 15.46 (10.94-65.63)	30.94 $\pm$ 12.35 (4.69-46.88)	27.73 $\pm$ 10.67 (6.25-43.75)	25.63* $\pm$ 10.95 (4.69-43.75)
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ (รวม)	50.08* $\pm$ 16.77 (20.45-97.73)	64.77 $\pm$ 14.30 (43.18-100)	67.37 $\pm$ 15.29 (50-100)	67.92* $\pm$ 14.30 (50-100)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3b	44.77* $\pm$ 11.47 (20.45-70.45)	62.16 $\pm$ 9.54 (47.73-86.36)	67.61 $\pm$ 14.57 (50-95.45)	65.57* $\pm$ 11.92 (50-95.45)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4	50.11* $\pm$ 20.05 (25-100)	67.27 $\pm$ 15.05 (45.45-100)	71.97 $\pm$ 15.21 (50-100)	72.27* $\pm$ 13.73 (50-100)
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5	55.34** $\pm$ 16.77 (31.82-97.73)	64.89 $\pm$ 17.44 (43.18-100)	69.93 $\pm$ 15.32 (50-100)	65.91** $\pm$ 16.57 (50-100)

*P<0.001, **P<0.05; Paired t test สำหรับการเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้เครื่องมือ, N = 39 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตหลังได้รับเครื่องมือช่วยตัดสินใจ ครั้งแรก

ตารางที่ 3. ความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจจำแนกตามประเภทของการตัดสินใจทางเลือกการรักษาในการติดตามทั้งสามครั้ง (n = 60)

ทางเลือกการดูแลรักษาก่อนและหลัง ใช้เครื่องมือ	จำนวนคน (ร้อยละ)	ความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
บำบัดทดแทนไต – บำบัดทดแทนไต	3 (5.0)	32.29 $\pm$ 12.73	22.40 $\pm$ 5.02	-
ปฏิเสธ- บำบัดทดแทนไต	18 (30.0)	52.52 $\pm$ 5.06	22.22 $\pm$ 5.71	-
ปฏิเสธ - ปฏิเสธ- บำบัดทดแทนไต	5 (8.3)	55.31 $\pm$ 6.86	40.91 $\pm$ 18.88	16.25 $\pm$ 10.63
ปฏิเสธ - ปฏิเสธ - ปฏิเสธ	34 (56.7)	52.16 $\pm$ 15.53	41.04 $\pm$ 11.96	28.86 $\pm$ 9.55

4 ที่คะแนนเพิ่มจาก 50.11 $\pm$ 20.05 เป็น 72.27 $\pm$ 13.73 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

การใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตให้มากขึ้นเมื่อผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจได้ดีขึ้น เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจ เครื่องมือช่วยตัดสินใจทำให้ผู้ให้คำแนะนำเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความเข้าใจการบำบัดทดแทนไต สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วย ญาติสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษา ดูแลและแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับปัญหา และพยายามดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น

ผลของการวิจัยสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) จากการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์แสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกการรักษา ข้อดีข้อเสียปัญหาในการตัดสินใจ ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน กระตุ้นการตัดสินใจโดยเปรียบเทียบประโยชน์-ความเสี่ยง และผลการรักษาต่อกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกการรักษาร่วมกันอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ เสริมกลิ่น และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน (11) ที่พัฒนาวิธิตศน์การบำบัดทดแทนไตและให้คำปรึกษารายบุคคล ทำให้เกิดการทำความเข้าใจร่วมกันและร่วมกันแก้ปัญหา ผู้ป่วยจึงยอมรับการบำบัดทดแทนไตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (ร้อยละ 80 และ 58.8 ตามลำดับ; $P < 0.001$) ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeanette และคณะ (13) ที่นำเครื่องมือ My Kidneys, My Choice (MKDA) ไปพัฒนาต่อเป็นในรูปแบบออนไลน์ที่วัดความรู้และความพร้อมในการตัดสินใจ ซึ่งสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เลือกการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้านได้ร้อยละ 23 ($P = 0.05$) นอกจากนี้การศึกษานอิตติ (26-27) ได้อธิบายสาเหตุของการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตที่เป็นผลจากกระบวนการตัดสินใจ ที่ไม่มีคุณภาพเนื่องจากความไม่เข้าใจในข้อมูลของแต่ละทางเลือกการรักษาและไม่สามารถพิจารณาปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการตัดสินใจได้อย่างครบถ้วน เมื่อได้รับคำแนะนำและพิจารณาอย่างเหมาะสมพบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนการตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นถึงผลลัพธ์ของการศึกษานี้และการศึกษานอิตติ (11, 13, 28) แสดงให้เห็นว่า การให้คำแนะนำบำบัดทดแทนไตเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น

ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตหลังการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีค่าสูงกว่าก่อนการให้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ เสริมกลิ่น และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน (11) ทั้งนี้เกิดจากการทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจนจากสื่อวิทัศน์ในการรักษาการแก้ไข้ปัญหาและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) จากการศึกษาของ Chen และคณะ (29) พบว่าความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจที่ลดลง ($P < 0.05$)

หลังการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจของผู้ป่วยสูง

กว่าก่อนการให้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือช่วยตัดสินใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ya-Fang และคณะ (30) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านโรคไตด้วยการให้ข้อมูลการรักษาไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการบำบัดทดแทนไต เกิดความไว้วางใจในการบริการทางการแพทย์ เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจรับการรักษา และทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ จากการศึกษาของ DePasquale และคณะ (31) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจลดลง (AOR=0.95 [95% CI: 0.91-0.99], P=0.03)

หลังการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจลดลงกว่าก่อนการให้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือช่วยลดความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ya-Fang และคณะ (30) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคไตและการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น ได้รับการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยจึงเกิดความมั่นใจทำให้มีการตัดสินใจ อย่างมีคุณภาพ ลดความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Subramanian และคณะ (23) ที่พบว่า หลังได้รับเครื่องมือช่วยตัดสินใจ ผู้ป่วยสามารถลดความรู้สึกขัดแย้งในการตัดสินใจ และจำนวนผู้ป่วยที่มีความไม่แน่ใจในการตัดสินใจ รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 46 เป็น 16 จึงทำให้การตัดสินใจบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็น 80 ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจทางเลือกในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้มีความขัดแย้งในการตัดสินใจลดลง และมีความมั่นใจในการตัดสินใจ

การศึกษามีข้อจำกัดเนื่องจากมีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังทั่วประเทศได้ และยังขาดกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาเป็นเพียงการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว แต่การศึกษาไม่ได้ติดตามไปจนถึงผลลัพธ์สุดท้ายว่า ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดตามที่เลือกหรือไม่ ในอนาคตควรมีการติดตามจนถึงผลการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย

ก่อนการนำเครื่องมือช่วยตัดสินใจ ไปใช้ ควรมีการอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกผู้ป่วยไตเรื้อรัง

มีความรู้ความเข้าใจในสภาวะโรคและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการบำบัดทดแทนไตในแต่ละประเภท เพื่อให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไตได้อย่างครบถ้วนและสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่อาจเปลี่ยนแปลง รวมถึงการปรับปรุงแนวทางการใช้เครื่องมือ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน

การวิจัยในอนาคตควรติดตามผลของการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ จนถึงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดทดแทนไตที่แท้จริง เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่างการตัดสินใจที่เกิดขึ้นหลังได้รับคำแนะนำและผลของการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยรายดังกล่าว

สรุป

การใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจรับการบำบัดทดแทนไตสามารถเพิ่มความรู้โรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจ ของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเลือกการรักษาหลังการใช้เครื่องมือ โดยมีผู้เลือกการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสามารถนำเครื่องมือในการวิจัยมาใช้ให้คำแนะนำการบำบัดทดแทนไตได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมองเห็นความแตกต่างและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละทางเลือกการรักษามากขึ้น รวมถึงเกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาหายบุคคล ส่งผลให้มีความขัดแย้งในการตัดสินใจลดลง และตัดสินใจเลือกการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพทย์ พยาบาล บุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคและบุคลากรโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือจัดเก็บข้อมูลงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South

- Asia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021; 16: e0258494. doi: 10.1371/journal.pone.0258494.
2. Division of Non-Communicable Diseases: Department of Disease Control. Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease [online]. 2022 [cited Aug 9, 2024]; Available from : ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf.
3. Chandna SM, Da Silva- Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1608-14.
4. Daengsibua A, Topark-ngarm A, Tatiyanupanwong S, Limwattananon C. Following up of stage 5 chronic kidney disease patients managed with non-dialytic treatment. *Journal of Health Systems Research* 2015; 9: 181-92.
5. Apiwatnakorn A, Ruengorn C. Factors affecting rejection of dialysis in end-stage disease patients under universal health coverage in Uttaradit province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit* 2018; 12: 29-43.
6. Verberne WR, van den Wittenboer ID, Voorend CG, Abrahams AC, van Buren M, Dekker FW, et al. Health-related quality of life and symptoms of conservative care versus dialysis in patients with end-stage kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2021; 36: 1418-33.
7. Brown PA, Akbari A, Molnar AO, Taran S, Bissonnette J, Sood M, et al. Factors associated with unplanned dialysis starts in patients followed by nephrologists: a retrospective cohort study. *PLoS One* 2015; e0130080. doi: 10.1371/journal.pone.0130080.
8. Mendelssohn DC, Malmberg C, Hamandi B. An integrated review of "unplanned" dialysis initiation: reframing the terminology to "suboptimal" initiation. *BMC Nephrol* 2009; 10: 22. doi: 10.1186/1471-2369-10-22.
9. United States Renal Data System (USRDS). Annual data report: Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2015.
10. 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: 330. doi: 10.1186/s12882-020-01956-w.
11. Sermklin W, Yeekian C. Effects of pre-dialysis counseling program on accepting renal replacement therapy in end-stage renal disease patients. *Thai Red Cross Nursing* 2020; 13: 208-23.
12. Debbie F, Kirren G, Tatiana S. End-stage kidney disease patient evaluation of the Australian 'My Kidneys, My Choice' decision aid. *Clin Kidney J* 2015; 8: 469-75
13. Jeanette F, Jens KD, Kirsten L. Developing and pilot testing a shared decision-making intervention for dialysis choice. *J Ren Care* 2018; 44: 152-61.
14. Winterbottom AE, Mooney A, Russon L, Hipkiss V, Ziegler L, Williams R, et al. Kidney disease pathways, options and decisions: an environmental scan of international patient decision aids. *Nephrol Dial Transplant* 2020; 35: 2072-82.
15. Institute of Geriatric Medicine. The study and development model for accessing health service system for Thai elderly in each service center under the sufficiency economy philosophy [online]. 2013 [cited Oct 15, 2024]. Available from: agingthai.dms.go.th.
16. Winterbottom A, Mooney A, Russon L, Hipkiss V, Ziegler L, FINDERUP J, Bekker H. A dialysis and conservative care decision aid: Living with kidney disease. UK: Medical Illustration Services; 2020.
17. Bekker H, Winterbottom A, Gavaruzzi T, Mooney A, Wilkie M, Davies S. Dialysis: making the right choices for you. The dialysis decision aid booklet. Peterborough, UK: Kidney Research UK; 2020.

18. O'Connor AM. Decisional conflict scale [online]. 2010 [cited Aug 20, 2020]. Available from: decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_manuals/UM_decisional_conflict.pdf.
19. O'Connor AM, Jacobsen MJ, Stacey D. Ottawa personal decision guide [online]. 2015 [cited Jan 4, 2021]. Available from: decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG.pdf.
20. Kaewmafai J. Development of supporting guidelines for surrogate decision makers on end-of-life treatment for older people admitted at medical unit in a tertiary care hospital [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013.
21. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017. Bangkok: Text and Journal Publication; 2017.
22. Chow SC, Shao J, Wang H. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2008.
23. Subramanian L, Zhao J, Zee J, Knaus M, Fagerlin A, Perry E, et al. Use of a decision aid for patients considering peritoneal dialysis and in-center hemodialysis: a randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis* 2019; 74: 351-60.
24. Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW, et al. Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ* 2012; 184: E277-83.
25. O'Connor AM. Decisional self-efficacy scale [online]. 2002 [cited Mar 20, 2021]. Available from: decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_manuals/UM_SelfEfficacy.pdf.
26. Punjathumjarern N, Wanchai A, Kaewboonsert D. Treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease, Phayao hospital. *Bcnnon Hlth Sci Res J* 2019; 13: 1-10.
27. Murray MA, Brunier G, Chung JO, Craig LA, Mills C, Thomas A, et al. A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Educ Couns* 2009; 76: 149-58.
28. Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage?. *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27: 1542-7.
29. Chen NH, Lin YP, Liang SY, Tung HH, Tsay SL, Wang TJ. Conflict when making decisions about dialysis modality. *J Clin Nurs* 2018; 27: e138-46.
30. Ya-Fang HO, Yu-Chi CH, Huang CC, Wen-Yu HU, Kuan-Chia LI. The effects of shared decision making on different renal replacement therapy decisions in patients with chronic kidney disease. *J Nurs Res* 2020; 28: e109. doi: 10.1097/jnr.0000000000000386
31. DePasquale N, Green JA, Ephraim PL, Morton S, Peskoe SB, Davenport CA, et al. Decisional conflict about kidney failure treatment modalities among adults with advanced CKD. *Kidney Med* 2022; 4: 100521. doi: 10.1016/j.xkme.2022.100521.