

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน

ชนิกา วรสิษฐ์ ปร.ด.* อัมพรพรรณ อีรานูตร ปร.ด.** สุพันธ์ อุ่นใจ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีความหลากหลาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการสังเคราะห์องค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าว ยังมีจำกัด การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน มีการสืบค้นงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เผยแพร่ ระหว่าง พ.ศ. 2557–2567 อย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล CINAHL, Cochrane, ProQuest, PubMed, Scopus และ ThaiJo พบบทความทั้งหมด 8,411 เรื่อง และหลังจากคัดกรองแล้วเหลืองานวิจัยที่คัดเลือก 14 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา 2 เรื่อง ดำเนินการประเมินคุณภาพงานวิจัย ด้วยเครื่องมือ mixed methods appraisal tool (MMAT), Version 2018 พบว่า ทั้ง 14 เรื่องผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดไว้และแยก การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพก่อนหลัง จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ทั้งสองชุดข้อมูลมาบูรณาการร่วมกันเพื่อตอบคำถามการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ โรคร่วม ความเชื่อ และค่านิยมส่วนบุคคล (2) การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น ความซับซ้อนของข้อมูลหรือข้อจำกัดด้านภาษา (3) การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทในการให้ข้อมูลและความมั่นใจต่อการตัดสินใจ และ (4) ระบบบริการสุขภาพและนโยบาย เช่น ความพร้อมของสถานพยาบาล และสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย

ข้อค้นพบสะท้อนว่า กระบวนการตัดสินใจควรได้รับการสนับสนุนจากระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่คำนึงถึงความเชื่อ ค่านิยมทางวัฒนธรรม และความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับความซับซ้อนของข้อมูลหรือข้อจำกัดด้านภาษา นอกจากนี้ ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและนโยบายที่ส่งเสริมการตัดสินใจในการรักษาอย่างมีข้อมูล ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมแบบผสมผสาน การบำบัดทดแทนไต โรคไตเรื้อรัง

ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 5 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 พฤศจิกายน 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล supou@kku.ac.th

Factors associated with decision-making regarding renal replacement therapy among patients with stage 4 and 5 chronic kidney disease: A mixed-methods systematic review

Chanika Worasith Ph.D.* Ampornpan Theeranut Ph.D.** Supan Unjai Ph.D.***

Abstract

Decision-making regarding renal replacement therapy (RRT) for patients with stage 4 and 5 chronic kidney disease (CKD) is a complex process that significantly impacts long-term quality of life. Multiple factors influence this decision at the individual, family, and healthcare system levels. However, the synthesis of knowledge regarding this topic remains limited at present. This study aimed to systematically review and synthesize evidence on the factors influencing RRT decision-making among patients with stage 4 and 5 CKD using a mixed-methods systematic review approach. Qualitative and quantitative studies published between 2014 and 2024 were systematically searched across six databases: CINAHL, Cochrane, ProQuest, PubMed, Scopus, and ThaiJo. A total of 8,411 articles were identified, and 14 studies were finally included after screening. These comprised 11 qualitative studies, one quasi-experimental study, and two descriptive quantitative studies. The quality of all included studies was assessed using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018, and all met the predetermined quality criteria. Data were analyzed using parallel-results convergent design, quantitative and qualitative data analyses were conducted separately before the results from both sets of data were integrated to address the research questions.

The results identified four major categories of related factors: (1) individual factors, such as age, comorbidities, beliefs, and personal values; (2) access to and understanding of health information, including information complexity and language barriers; (3) support from family and healthcare professionals, which plays a key role in information provision and decision-making confidence; and (4) healthcare system and policy factors, such as facility availability and patient benefit entitlements.

This study's findings reflect that decision-making processes ought to be supported by a holistic healthcare framework that acknowledges patient beliefs, cultural values, and challenges related to information complexity or linguistic limitations. Additionally, it highlights the importance of engaging family members and healthcare professionals in shared decision-making processes. The knowledge synthesized from this study can inform the development of patient-centered care models and policies that promote informed and context-appropriate treatment decisions for each individual.

keywords: mixed-methods systematic review; renal replacement therapy; chronic kidney disease

Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 5 August 2025, Revised 17 November 2025, Accepted 18 November 2025

*A student of the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: supuou@kku.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 697.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ราว 1.2 ล้านคน¹⁻² ในประเทศไทย แนวโน้มของโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 พบอัตราความชุกของโรคที่ 18,087 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 16.49 รายต่อประชากรแสนคน³ จากข้อมูลของระบบบริการสุขภาพพบว่า มีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายในประเทศไทย มากกว่า 170,000 ราย ซึ่งต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง⁴ สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายของภาครัฐ จึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของไตที่ดำเนินต่อเนื่อง นานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการกรองของเสีย ควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือแร่ รวมถึงการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย⁵⁻⁶ โดยเฉพาะในระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของไตอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการแสดงที่ชัดเจน เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปัสสาวะลดลง และมีอาการบวม⁷ อาการเหล่านี้ ไม่เพียงส่งผลกระทบทางร่างกาย แต่ยังสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ลดลง⁸

แนวทางการรักษาขององค์กรไม่แสวงกำไรระดับโลกด้านโรคไต หรือ KDIGO (kidney disease; improving global outcomes) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่า การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis: PD) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplant: KT) ถือเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะที่ 5⁴ ซึ่งจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในระยะที่ 4 ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต เพื่อใช้เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจรักษา เมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะท้าย ทั้งในด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการรักษา ค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเองได้อย่างมีข้อมูล^{4,6} แม้วิธีการเหล่านี้ จะสามารถยืดอายุและช่วยฟื้นคืนสมดุลของร่างกายได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แต่ละวิธีก็มีข้อจำกัดและผลกระทบที่แตกต่างกัน เช่น อาการเหนื่อยล้าหลังฟอกเลือด⁹ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ¹⁰⁻¹¹ และภาระทางจิตใจจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน¹²⁻¹³ นอกจากนี้วิธีการรักษาข้างต้นแล้ว ยังมีการรักษาแบบประคับประคองที่เน้น การบรรเทาอาการ และการดูแลคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย¹⁴ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เริ่มมีบทบาทมากขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง⁴ จากที่กล่าวมา การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการเลือกรูปแบบรักษาการบำบัดทดแทนไตชนิดใด จึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งต้องคำนึงถึงทั้งแนวทางการดูแลรักษาและบริบทเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

นโยบายล่าสุดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ยกเลิกนโยบาย PD first คือ การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในระยะยาว¹⁵ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในการนำนโยบายไปใช้จริง เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยในการล้างไตทางช่องท้องที่กลัวการติดเชื้อและขาดผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย

สำหรับคลินิกโรคไตโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีการให้แนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ โดยจะมีการให้ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตทุกรูปแบบการรักษาในผู้ป่วยทุกราย รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) อย่างไรก็ตาม พบว่า ในผู้ป่วยบางรายเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะท้าย ยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ แม้จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลแล้วก็ตาม การที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ได้ หรือชะลอการตัดสินใจ อาจนำไปสู่การเริ่มการรักษาในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะการฟอกเลือดผ่านสายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราว เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าการเริ่มรักษาแบบมีการวางแผนล่วงหน้า¹⁶ ดังนั้น หากบุคลากรสุขภาพทราบปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต จะช่วยให้การประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม รวมถึงการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ให้ข้อมูลทางเลือกการรักษา และประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ¹⁷ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีส่วนช่วยส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจร่วม (shared decision-making) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยเฉพาะรายบุคคล เช่น อายุ โรคร่วม สถานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งล้วนส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิต¹⁸ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะบุคคล จึงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ความรู้สึก ความเชื่อ และบริบทชีวิตอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีความรู้สึกขอบคุณที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และรู้สึกว่าคุณคิดเห็นของตนเองมีความหมายเมื่อพยาบาลรับฟัง¹⁹ ดังนั้น หากพยาบาลทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม จะมีส่วนช่วยให้การตัดสินใจของผู้ป่วยนั้นเป็นไปอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งด้านการรักษาและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ในปัจจุบันการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบมีเพียง 1 ฉบับ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น ที่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยพบปัจจัยหลัก ได้แก่ ด้านบุคคล ครอบครัว ผู้ให้บริการ และบริบททางสังคม¹⁹ แต่การศึกษาดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมงานวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ยากต่อการสังเคราะห์ภาพรวมของเรื่องนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน (mixed-methods systematic review: MMSR) โดยรวบรวมข้อมูลจากทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 จากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณ องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ สำหรับผู้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล (clinical nursing practice guideline) เพื่อประกอบการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน หรือ MMSR โดยรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทั้งในประเทศไทยและนานาชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปและอยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต 2) เป็นบทความวิจัยที่รายงานผลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และ 3) เป็นบทความวิจัยปฐมภูมิทุกประเภท (primary research) ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 2014 – 2024 สำหรับเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาได้แก่ เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 หรือผู้ป่วยเด็กหรือวัยรุ่น และ เป็นบทความวิจัยประเภทวารสารเฉพาะกลุ่ม (grey literature) เช่น เอกสารประกอบการประชุม (conference proceeding) แนวทางปฏิบัติ เอกสารการประชุมคณะกรรมการ เป็นต้น รายงานกรณีศึกษา (case study) การทบทวนวรรณกรรม (review)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ได้แก่

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้ mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018 ในการประเมินคุณภาพของงานวิจัย ทั้งในรูปแบบเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ต้องได้คะแนน “ใช่” อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ²⁰

2. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบบันทึกจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อรวบรวมรายละเอียดของงานวิจัยที่คัดเลือก ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ปีที่เผยแพร่ ประเทศที่ศึกษา รูปแบบและเครื่องมือวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และผลการประเมินคุณภาพของงานแต่ละฉบับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมนี้ ดำเนินตามแนวทางของ Joanna briggs institute (JBI)²¹ แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดกลยุทธ์การสืบค้น ใช้กรอบคำถามแบบ PICO ดังนี้ P: ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 I: ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ C: ไม่มีการเปรียบเทียบ O: การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยฐานข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ CINAHL PubMed Scopus ProQuest Cochrane และ ThaiJo พัฒนาคำค้นด้วยคำหลักและคำพ้องในภาษาอังกฤษ ได้แก่ ("end-stage kidney disease" OR "end stage kidney disease" OR ESRD OR "end-stage renal disease" OR "end stage renal disease" OR "end-stage renal failure" OR "end stage Kidney

Failure" OR "chronic renal failure" OR "chronic kidney failure" OR "chronic kidney disease" OR CKD OR "chronic kidney disease stage 4" OR "chronic kidney disease stage 5") N100 ("renal replacement therapy" OR "kidney replacement therapies" OR "kidney replacement therapy" OR "renal replacement therapies" OR RRT OR CRRT OR "peritoneal dialysis" OR "renal dialyses" OR hemodialy* OR "peritoneal dialyses" OR CAPD OR "continuous ambulatory peritoneal dialysis" OR "kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "renal transplantations" OR "kidney transplantations" OR "kidney grafting" OR "palliative care" OR "palliative supportive care" OR "supportive care palliative" OR "palliative treatment" OR "palliative treatments" OR "palliative therapy" OR "PC") N100 ("factor" OR "factors" OR "factors enhancing" OR "factor-enhancing" OR "influencing factor" OR "influencing factors" OR "decision-making factor" OR "decision-making factors") N100 ("decision making" OR "decision-making" OR "decision making process" OR "decision-making process" OR "decision support") และในภาษาไทยได้แก่ ("โรคไตเรื้อรัง" OR "โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4" OR "โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5" OR "โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย" OR "โรคไตระยะสุดท้าย" OR "โรคไตวาย" OR "ภาวะไตวาย" OR "ภาวะไตวายเรื้อรัง" OR "ภาวะไตวายระยะสุดท้าย") AND ("การบำบัดทดแทนไต" OR "การบำบัดไต" OR "การฟอกไต" OR "การฟอกเลือด" OR "การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม" OR "การล้างไต" OR "การล้างไตทางช่องท้อง" OR "การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง" OR "การปลูกถ่ายไต" OR "การปลูกไต") AND ("ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ" OR "ปัจจัยส่งเสริมการตัดสินใจเลือก") AND ("การตัดสินใจ" OR "กระบวนการตัดสินใจ" OR "การสนับสนุนการตัดสินใจ")

2. การคัดเลือกงานวิจัย นำบรรณานุกรมทั้งหมดเข้าสู่โปรแกรม EndNote เพื่อค้นหาและลบรายการบทความซ้ำในเบื้องต้น จากนั้นใช้โปรแกรม Rayyan ตรวจสอบความซ้ำซ้อนอีกครั้ง และดำเนินการคัดกรองบทความตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการคัดกรองอย่างอิสระ หากมีความเห็นไม่ตรงกัน จะพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน รายงานผลการสืบค้นและการคัดเลือกงานวิจัย โดยใช้ PRISMA 2020 flow diagram ที่แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหา การคัดกรองตามเกณฑ์ จนถึงบทความที่รวมไว้ในการวิเคราะห์

3. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย ใช้เครื่องมือ MMAT version 2018²² ประเมินโดยผู้วิจัยคนที่ 1 และผู้วิจัยคนที่ 2 อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยงานวิจัยที่คัดเข้าศึกษาต้องผ่านเกณฑ์คุณภาพของงานวิจัย โดยต้องได้คะแนน “ใช่” อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ

4. การสกัดข้อมูล ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นผู้อ่านรายงานฉบับสมบูรณ์ของการศึกษาที่คัดเข้า และทำการสกัดข้อมูลโดยรายละเอียดของข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อมูลถูกบันทึกในรูปแบบบรรยาย (narrative format) ซึ่งใช้ถ้อยคำของผู้วิจัยเอง แต่ยังคงรูปแบบและสาระสำคัญของงานวิจัยต้นฉบับไว้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยคนที่ 3 ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการสกัดข้อมูลทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบกับบทความต้นฉบับ

5. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ใช้แนวทาง convergent segregated approach โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพก่อน แล้วจึงบูรณาการผลลัพธ์เข้าด้วยกันอย่างมีเหตุผล²³ เพื่อสะท้อนความเข้าใจแบบองค์รวมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ ด้วยการ

สังเคราะห์เชิงพรรณนา เช่น แนวโน้มและความสัมพันธ์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดกลุ่มเป็นธีม (theme) หลักก่อน แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ร่วมกันในขั้นตอนสุดท้าย

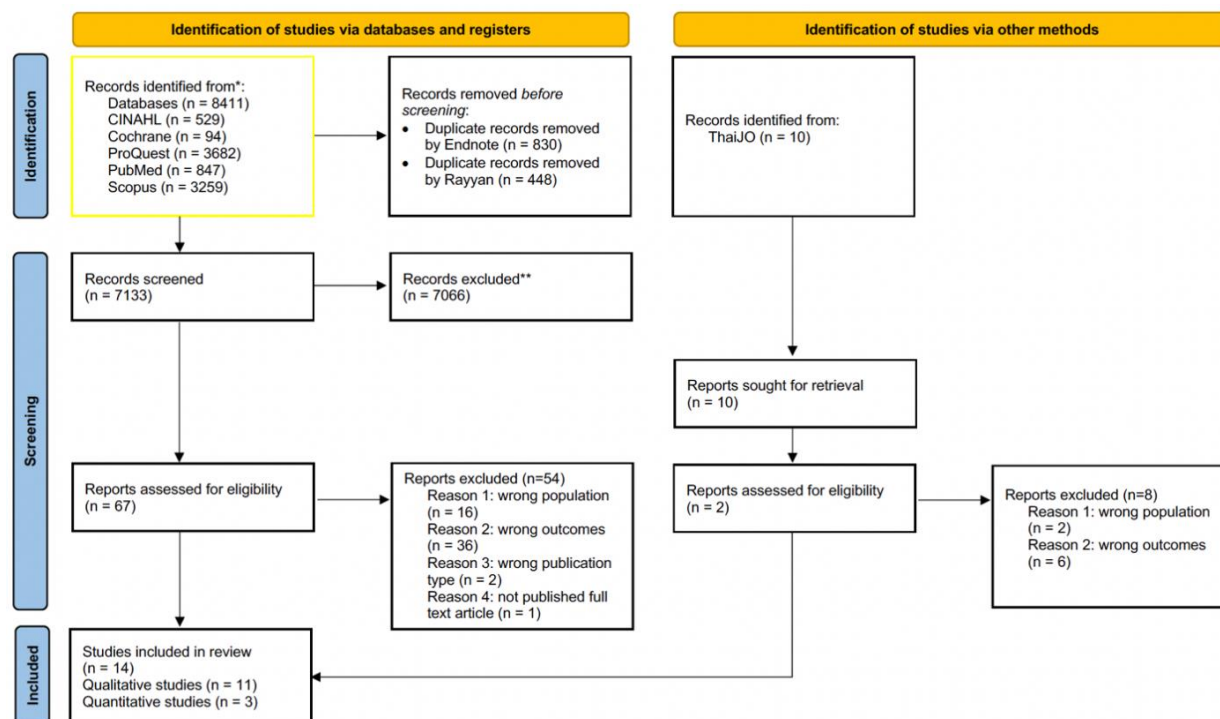
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่แล้ว จึงไม่ต้องขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยยึดถือหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในการอ้างอิง วิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นกลาง และรายงานผลอย่างโปร่งใส

ผลการวิจัย

ผลการคัดเลือกเอกสารวิจัย

การสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลนานาชาติ 5 แหล่ง ได้แก่ CINAHL (529 บทความ) Cochrane (94 บทความ) ProQuest (3,682 บทความ) PubMed (847 บทความ) และ Scopus (3,259 บทความ) รวมทั้งสิ้น 8,411 บทความ หลังลบบทความซ้ำด้วยโปรแกรม EndNote (830 บทความ) และ Rayyan (448 บทความ) คงเหลือ 7,133 บทความ เพื่อนำมาคัดกรองตามชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่า 67 บทความมีเนื้อหาเกี่ยวข้อง และผ่านเกณฑ์ โดยการอ่านฉบับเต็ม จำนวน 12 บทความ ส่วนการสืบค้นจากฐานข้อมูลภาษาไทย ThaiJO พบเพิ่มเติมอีก 2 บทความ รวมบทความที่นำมาวิเคราะห์ ทั้งสิ้น 14 บทความ โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 78.6) และงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 21.4) ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง และงานวิจัยแบบพรรณนา 2 เรื่อง โดยงานวิจัยที่คัดเข้าศึกษามีความเหมาะสมและสามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 กระบวนการสืบค้นและคัดเลือกแสดงในแผนภาพ PRISMA 2020 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยใช้ PRISMA 2020 flow diagram

ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัย

บทความทั้ง 14 เรื่อง ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ MMAT พบว่า งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง²³⁻³³ และงานวิจัยเชิงปริมาณแบบไม่สุ่ม 1 เรื่อง³⁴ ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 5 ข้อ ขณะที่งานวิจัยเชิงพรรณนา 2 เรื่อง³⁵⁻³⁶ ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ≥ 3 ข้อ แสดงถึงคุณภาพที่เพียงพอ สำหรับการนำไปสังเคราะห์ผลการวิจัย

ลักษณะของการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

บทความส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ครอบคลุม 8 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (3 เรื่อง) สหราชอาณาจักร ไทย ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส ไต้หวัน สิงคโปร์ และกานา (ประเทศละ 1 เรื่อง) อีก 1 เรื่องเป็นการศึกษาในประเทศในยุโรป 38 ประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง รวม 9,476 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 ที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต (10 เรื่อง) บางการศึกษารวมผู้ดูแล (2 เรื่อง) หรือรวมบุคลากรทางการแพทย์ (1 เรื่อง) หรือรวมผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (1 เรื่อง) โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย ตั้งแต่ 20 คน ถึง 7,820 คน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 และ 5

จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วย งานวิจัยเชิงคุณภาพ 11 เรื่อง²³⁻³³ และเชิงปริมาณ 3 เรื่อง³⁴⁻³⁶ พบว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายด้าน (ตารางที่ 1) โดยสามารถจัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพและนโยบาย

1. ด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ^{29-30,33-34} โรคร่วม³³ ค่านิยมส่วนบุคคลและความเชื่อ เช่น ความหวังว่าจะหายขาด ความเชื่อในการแพทย์ทางเลือก^{25,27,36} ระดับการศึกษา^{26,34} สถานภาพการทำงาน³⁴ ความสามารถในการทำกิจวัตร³⁴ สถานะทางเศรษฐกิจ^{25,27,35} พื้นที่อยู่อาศัย^{25,33} และภาวะทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไร้อำนาจในการตัดสินใจ^{27-28,30,32}

2. ด้านการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้เฉพาะวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่รู้จักทางเลือกอื่น เช่น การล้างไตทางช่องท้องหรือ การปลูกถ่ายไต^{23-24,31} มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยบางรายเชื่อว่าการฟอกเลือดเป็นการรักษาระยะสั้นและการฟอกเลือดนี้สามารถรักษาโรคไตเรื้อรังให้หายขาดได้^{25,31} ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือยากต่อการเข้าใจ^{28,31} เผชิญข้อจำกัดด้านภาษา^{23,26} และขาดเครื่องมือหรือกิจกรรมสนับสนุนการตัดสินใจ เช่น โปรแกรมการให้ข้อมูลหรือ กิจกรรมให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย^{26,32}

3. ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในสังคมที่ครอบครัวมีบทบาทหลักในการเลือกแนวทางการรักษา^{23,26-29,31-32,33} รวมถึงการสนับสนุนทางการเงินและช่วยในการแปลหรืออธิบายข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพให้ผู้ป่วยเข้าใจ^{23,25} ส่วนแพทย์มีบทบาทในการแนะนำวิธีการรักษา โดยเฉพาะเมื่อสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี²⁴⁻²⁷ และมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและการตัดสินใจร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁸⁻²⁹ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในหลายบริบทยังขาดเครื่องมือหรือกระบวนการสนับสนุนการตัดสินใจร่วมอย่างเป็นรูปธรรม³¹

4. ด้านระบบบริการและนโยบาย มีบทบาทสำคัญในการกำหนดโอกาสและทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ ที่มีจำนวนสถานบริการจำกัด การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลยังไม่ครอบคลุม หรือไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสม^{25,28,32,35} รวมถึงสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ หากผู้ป่วยไม่ได้รับความคุ้มครองที่เพียงพอ อาจทำให้ตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา หรือหันไปพึ่งพาทางเลือกอื่น เช่น การใช้ยาสมุนไพร^{25,27}

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ไม่ได้เป็นเพียงผลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากการเชื่อมโยงของปัจจัยหลากหลายมิติ ครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ รวมถึงโครงสร้างระบบบริการและนโยบาย ซึ่งมีผลต่อความคิด ความรู้สึกทางเลือกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

ในปัจจัยระดับบุคคล ทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณต่างชี้ว่า อายุ โรคร่วม สถานะทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการทำกิจวัตร และค่านิยมส่วนบุคคล ล้วนมีผลต่อการเลือกแนวทางบำบัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักเลือกแนวทางการดูแลแบบ PC มากกว่า HD เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย ขณะที่ผู้ป่วยวัยทำงาน ซึ่งต้องการความยืดหยุ่น มักเลือก PD ที่สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน^{30,32} นอกจากนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงและยังคงทำงานมีแนวโน้มเลือก PD มากกว่า HD อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพ และความต้องการคงความเป็นอิสระในชีวิตประจำวัน²⁶ ในด้านความเชื่อ ความหวัง และศรัทธาในทางเลือกอื่น เช่น การแพทย์แผนจีนหรือแนวทางทางศาสนา ยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ขาดความเข้าใจว่าโรคไตเป็นภาวะเรื้อรัง^{25,27} ทั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย ที่ชี้ว่า ความชอบส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ³⁶

การเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูล ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่า มีทางเลือกในการรักษาหลายวิธี โดยรู้จักเพียงวิธี HD เป็นหลัก ส่งผลให้การตัดสินใจเกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดด้านข้อมูล มากกว่าจากความสมัครใจ^{23-24,31} นอกจากนี้ ยังพบอุปสรรคด้านภาษา การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และการขาดเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่เหมาะสม เป็นอุปสรรคต่อการเปรียบเทียบทางเลือกต่าง ๆ อย่างรอบด้าน^{26,28} สะท้อนถึงช่องว่างในการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายเรื่องรายงานว่า การเข้าร่วมโปรแกรมให้ข้อมูลหรือชั้นเรียนเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ RRT สามารถเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจของผู้ป่วยในการตัดสินใจได้อย่างมีนัยสำคัญ^{26,32}

การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางการเงิน อารมณ์ และการตัดสินใจ โดยเฉพาะในวัฒนธรรมเอเชียที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง^{23,27} อย่างไรก็ตาม บางกรณี พบว่าครอบครัวมีบทบาทมากเกินไปจนผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความต้องการที่แท้จริงได้อย่างชัดเจน³² ในส่วนของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีรักษามากที่สุด³⁵ ความเชื่อมั่นและความต่อเนื่องในการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยได้ดี อย่างไรก็ตาม การขาดเครื่องมือและการอบรมด้านการตัดสินใจร่วม (shared decision making: SDM) ยังเป็นข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนา³¹

ระบบบริการและนโยบาย โครงสร้างระบบบริการ เช่น ความพร้อมของสถานบริการ การส่งต่อ และสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อทางเลือกของผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำที่ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทำให้ไม่สามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองได้^{25,27} ในประเทศไทย นโยบาย “PD first” ที่เคยเป็นข้อกำหนด ถูกปรับเปลี่ยนในปี 2566 โดยเปิดทางให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการส่งเสริมสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย¹⁵ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่รอบด้าน ชัดเจน และคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันอย่างคุณภาพ ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ควรส่งเสริมการสื่อสารแบบ SDM ที่สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย พัฒนาช่องทางการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และส่งเสริมการใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย การวิจัยในอนาคตควรเน้นการประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมสนับสนุนการตัดสินใจแบบองค์รวม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างผลการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่ถูกคัดเลือก (n=14)

ผู้เขียน ประเทศ	รูปแบบการศึกษา วิธีการ และเครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง สถานที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	ผล MMAT
งานวิจัยเชิงคุณภาพ				
Muscat et al., 2018 - ออสเตรเลีย	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกถึงโครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูล เชิงธีม (thematic analysis)	- ผู้ป่วย ESRD จำนวน 35 คน (ใช้ ภาษาอังกฤษ 26 คน และใช้ภาษา อาหรับ 9 คน) - ในหน่วยฟอกไต 4 แห่ง ในออสเตรเลีย	- ความไว้วางใจในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ - การรับรู้ทางเลือกจำกัด ผู้ป่วยรู้จักเฉพาะ วิธี HD - ภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลต่อความเข้าใจ และความสบายใจในการสื่อสาร - บทบาทครอบครัวในการสนับสนุน การ สื่อสารและตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างกันตาม บริบทและวัฒนธรรม	5/5
Eneanya et al., 2020 - สหรัฐอเมริกา	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกถึงโครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูลเชิง บรรยาย (narrative analysis)	- แพทย์โรคไต 8 คน และแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไป 8 คน ผู้ป่วย ESRD 10 คน และผู้ดูแลของผู้ป่วย 5 คน จาก โรงพยาบาล Massachusetts	- ความไว้วางใจในแพทย์ - การดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร่วมกับแพทย์โรคไต เพื่อ - สนับสนุนการตัดสินใจ - การรับรู้ทางเลือกจำกัด ผู้ป่วยรู้จักเฉพาะ วิธี HD - ความกังวลต่อผลกระทบของ HD ต่อ คุณภาพชีวิต - ขาดความเข้าใจเรื่องกระบวนการตัดสินใจ และการวางแผนดูแลล่วงหน้า	5/5
Boateng et al., 2018 - กานา	- การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกแบบกึ่ง	- ผู้ป่วย ESRD 22 คน จาก 3 ศูนย์โรคไต ในกานา คัดเลือก	- ผู้ป่วยบางรายขาดความเข้าใจและข้อมูล เกี่ยวกับโรคและทางเลือกในการรักษา ทำให้ ผู้ป่วยบางราย เลือก	5/5

ตารางที่ 1 ตัวอย่างผลการสกัดข้อมูลของงานวิจัยที่ถูกคัดเลือก (n=14) (ต่อ)

ผู้เขียน ประเทศ	รูปแบบการศึกษา วิธีการ และเครื่องมือ	กลุ่มตัวอย่าง สถานที่	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	ผล MMAT
	โครงสร้าง - วิเคราะห์ข้อมูลตาม แนวทางของ grounded theory	- แบบ theoretical sampling ครอบคลุมกลุ่ม HD ผู้ที่ยังไม่ได้เริ่มการ รักษา และผู้ที่กำลัง จะเข้ารับการรักษา ด้วยวิธี KT	วิธีการรักษาทางเลือกอื่น เช่น การใช้ สมุนไพรหรือแนวทางทางศาสนา - การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัด เนื่องจาก จำนวนศูนย์ฟอกไต ไม่ เพียงพอ - มีข้อจำกัดทางการเงิน โดยเฉพาะรักษาวิธี HD ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง - ครอบครัวมีบทบาทในการตัดสินใจเลือก วิธีการรักษา และสนับสนุนการเงิน - ทีมสุขภาพและเพื่อนผู้ป่วยมีบทบาทใน การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย	
งานวิจัยเชิงปริมาณ				
Chiang et al., 2016 - ไต้หวัน	- การศึกษาย้อนหลัง โดยใช้เวชระเบียนและ แบบสอบถาม - ถาม ADL วิเคราะห์ ด้วยการถดถอยโลจิส ติกพหุคูณ เพื่อ ประเมินปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเลือก รักษาวิธี PD	- ผู้ป่วย ESRD ราย ใหม่ 656 ราย (HD=524, PD=132) จาก โรงพยาบาลใน ภาคใต้ของไต้หวัน	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกวิธี PD ได้แก่ - อายุที่น้อยกว่า (PD เฉลี่ย 58.6 ปี vs HD 66.3 ปี; $P<0.001$) - มีสถานภาพการทำงาน (ยังทำงานอยู่ $P<0.001$) - ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (มัธยมศึกษาขึ้นไป $P=0.005$) - มีความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง ($P=0.011$)	5/5
De Jong et al., 2021 - ยุโรป (38 ประเทศ)	- การศึกษาเชิง พรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง ใช้ แบบสอบถาม health expenditure and patient outcomes ผ่านระบบออนไลน์ lime survey และใน รูปแบบกระดาษ ประมวลผลด้วย SPSS	- ผู้ป่วย ESRD 7,820 คน จากโรงพยาบาล และศูนย์ไตใน 38 ประเทศยุโรป ที่ ได้รับ HD หรือ KT อย่างน้อยหนึ่ง รูปแบบ	- ปัจจัยสำคัญในการเลือกวิธีรักษาคือ คุณภาพชีวิต (97.3%) อายุขัย (96.6%) ความปลอดภัย (92%) - ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ แพทย์ (81.3%) คู่สมรส (39.9%) ครอบครัว (30.2%) และพยาบาล (17.2%) - ประเทศรายได้สูงให้ข้อมูล RRT ล่วงหน้า มากกว่าประเทศรายได้ต่ำ ($P<0.001$) ประเทศรายได้สูงได้รับข้อมูลมากกว่า ($P<0.001$) - ผู้ป่วยในประเทศรายได้ต่ำไม่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับ RRT ($P<0.001$)	3/5

หมายเหตุ: end-stage renal disease (ESRD) = โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, renal replacement therapy (RRT) = การบำบัดทดแทนไต, hemodialysis (HD) = การฟอกไตโดยใช้เครื่องไตเทียม, peritoneal dialysis (PD) = การฟอกไตผ่านทางช่องท้อง, kidney transplantation (KT) = การปลูกถ่ายไต, activities of daily living (ADL) = กิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน

สรุปผลการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ ระยะที่ 5 และผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจดังกล่าว เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ โรคร่วมค่านิยมส่วนบุคคลและความเชื่อ) ปัจจัยด้านการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติ และการกำหนดนโยบายให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ ทำให้ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย มีความเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล บริบทสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระบบบริการสุขภาพ พยาบาลควรปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา โดยการบูรณาการมิติทั้งสามเข้าด้วยกันในการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลแบบองค์รวมและเฉพาะบุคคล เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพ ควรผลักดันให้มีการกำหนดกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) เป็นมาตรฐานระดับชาติหรือระดับเขตสุขภาพ และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการตัดสินใจในบริบทสังคมและวัฒนธรรมของไทยอย่างลึกซึ้งยิ่ง เพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของมิติทางสังคมต่อการเลือกวิธีการรักษา รวมถึงวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือช่วยตัดสินใจที่จำเพาะกับบริบทของประเทศไทยและภาษาไทย เพื่อยกระดับคุณภาพการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อไป

References

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709–33. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
2. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet* 2015; 385(9981):1975–82. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
3. Department of Disease Control, Risk Communication and Health Behavior Development Bureau. The department of disease control campaigns for world kidney day: take care of

- your kidneys, be mindful of your health, kidney disease, emphasizing that diabetic patients should undergo physical examinations to screen for kidney disease [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 [cited 2025 Jun 14]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=50932> (in Thai)
4. Thai Kidney Disease Prevention Subcommittee, Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guideline for the care of patients with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy, B.E. 2565 (revised ed.). Bangkok: Srimuang Printing; 2022.
 5. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238–52. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
 6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2024;105(4 Suppl):S117–314. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
 7. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: a review. *JAMA* 2019;322(13):1294–304. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
 8. Monaro S, Stewart G, Gullick J. A “lost life”: coming to terms with haemodialysis. *J Clin Nurs* 2014;23(21–22):3262–73. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12577>
 9. Bossola M, Hedayati SS, Brys ADH, Gregg LP. Fatigue in patients receiving maintenance hemodialysis: a review. *Am J Kidney Dis* 2023;82(4):464–80. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2023.02.008>
 10. Fisher M, Golestaneh L, Allon M, Abreo K, Mokrzycki MH. Prevention of bloodstream infections in patients undergoing hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2020;15(1):132–51. Available from: <https://doi.org/10.2215/CJN.06820619>
 11. Cho Y, Chow KM, Li PKT, Runnegar N, Johnson DW. Peritoneal dialysis-related infections. *Clin J Am Soc Nephrol* 2024;19(5):641–9. Available from: <https://doi.org/10.2215/CJN.0000000000000280>
 12. Lai YL, Neo HLM, Vathsala A, Griva K. Comparing emotional adjustment of living-donor and deceased-donor kidney transplant patients. *Transplant Direct* 2020;6(2):e529. Available from: <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000000956>
 13. Li Y, Zhu B, Shen J, Miao L. Depression in maintenance hemodialysis patients: what do we need to know? *Heliyon* 2023;9(9):e19383. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19383>

14. Imamah NF, Lin HR. Palliative care in patients with end-stage renal disease: a meta-synthesis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(20):10651. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010651>
15. National Health Security Office. Guidelines for the implementation of the renal replacement therapy system [Internet]. Bangkok: NHSO; 2023 [cited 2025 Jun 14]. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/2025-04-17-08-06-55>
16. Ghonimi TA, Alkadi MM, Abdellatif MT, Ezzat H, Fouda TA, Elesnawi MA, et al. Risk factors for unplanned initiation of dialysis in patients with advanced chronic kidney disease: a retrospective cohort study. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2023;34(2):283–90.
17. Engels N, de Graav GN, van der Nat P, van den Dorpel M, Stiggelbout AM, Bos WJ. Shared decision-making in advanced kidney disease: a scoping review. *BMJ Open* 2022;12(9):e055248. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055248>
18. Hsiao SM, Kuo MC, Hsiao PN, Moi SH, Chiu YW, Wang SL, 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. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02261-w>
19. Shi Y, Li W, Duan F, Pu S, Peng H, Ha M, et al. Factors promoting shared decision-making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int Urol Nephrol* 2022;54(3):553–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02913-8>
20. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev* 2017;6(1):61. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0454-2>
21. Stern C, Lizarondo L, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, et al. Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBIM Evid Synth* 2020;18(10):2108–18. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00169>
22. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. Ottawa: Canadian Intellectual Property Office; 2018.
23. Muscat DM, Kanagaratnam R, Shepherd HL, Sud K, McCaffery K, Webster A. Beyond dialysis decisions: a qualitative exploration of decision-making among culturally and linguistically diverse adults with chronic kidney disease on haemodialysis. *BMC Nephrol* 2018;19(1):339. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1131-y>
24. Eneanya ND, Maddux DW, Reviriego-Mendoza MM, Larkin JW, Usvyat LA, van der Sande FM, et al. Longitudinal patterns of health-related quality of life and dialysis modality: a national

- cohort study. *BMC Nephrol* 2019;20(1):7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1198-5>
25. Boateng EA, East L, Evans C. Decision-making experiences of patients with end-stage kidney disease regarding treatment in Ghana: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2018;19(1):371. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1175-z>
 26. Velez-Bermudez M, Adamowicz JL, Askelson NM, Lutgendorf SK, Fraer M, Christensen AJ. Disparities in dialysis modality decision-making using a social-ecological lens: a qualitative approach. *BMC Nephrol* 2022;23(1):276. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02905-5>
 27. Han E, Haldane V, Koh JJK, Quek RYC, Ozdemir S, Finkelstein EA, et al. Perspectives on decision making amongst older people with end-stage renal disease and caregivers in Singapore: a qualitative study. *Health Expect* 2019;22(5):1100–10. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12943>
 28. Thomas N, Jenkins K, McManus B, Gracey B. The experience of older people in the shared decision-making process in advanced kidney care. *Biomed Res Int* 2016;2016:7859725. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/7859725>
 29. Selman LE, Bristowe K, Higginson IJ, Murtagh FEM. The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: a qualitative study of communication, information and decision-making. *BMC Nephrol* 2019;20(1):38. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
 30. Sampath R, Seshadri S, Phan T, Allen R, Duberstein PR, Saeed F. Uncovering patient and caregiver goals for goal-concordant care in kidney therapy decisions. *Am J Hosp Palliat Care* 2024;41(11):1350–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/10499091241227242>
 31. Dahm MR, Raine SE, Slade D, Chien LJ, Kennard A, Walters G, et al. Older patients and dialysis shared decision-making: insights from an ethnographic discourse analysis of interviews and clinical interactions. *Patient Educ Couns* 2024;122:108124. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108124>
 32. Montalescot L, Dorard G, Speyer E, Legrand K, Ayav C, Combe C, et al. Patient perspectives on chronic kidney disease and decision-making about treatment: discourse of participants in the French CKD-REIN cohort study. *J Nephrol* 2022;35(5):1387–97. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01345-6>
 33. Siamhong P, Sitthi S, Chanwong N, Phongsupa O. Factors associated with the selection of renal replacement therapy among patients with chronic renal failure based on the health belief model in Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province. *J Nurs Sci Health Nakhon Phanom Univ* 2023;1(1):12–23. (Thai)

34. Chiang PC, Hou JJ, Jong IC, Hung PH, Hsiao CY, Ma TL, et al. Factors associated with the choice of peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *Biomed Res Int* 2016;2016:5314719. Available from: <https://doi.org/10.1155/2016/5314719>
35. de Jong RW, Stel VS, Rahmel A, Murphy M, Vanholder RC, Massy ZA, et al. Patient-reported factors influencing the choice of kidney replacement treatment modality. *Nephrol Dial Transplant* 2022;37(3):477–88. Available from: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfab059>
36. Sangsee P, Tanatwanit Y, Khunsongkiet W, Muangkum S. Factors related to self-determination to select dialysis modalities in patients with end-stage renal disease. *J Nurs Burapha Univ* 2020;28(3):52–65. (in Thai)