

การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต

จักรพงษ์ เฮงตระกูลเวนิช พ.บ.*, กนกวรรณ พรหมชาติ พย.ม.*, สุชนญา พรหมนัม พย.บ.**,
นภาพร บุญยีน พย.ม.***, จิดาพร อินทพงษ์ พย.บ.****, ปัทราภรณ์ มีศิริ พย.บ.*****,
วินัย ลีสมิตร พ.บ.*****, เกรียง ตั้งสง่า***** ,*****

*โรงพยาบาลคลองลาน อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร 62180

**โรงพยาบาลคลองขลุง อำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร 62120

*** โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา อำเภอวังทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร 62190

****โรงพยาบาลพราณกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร อำเภอพราณกระต่าย

จังหวัดกำแพงเพชร 62110

***** โรงพยาบาลลานกระบือ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร 62170

*****สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

*****คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

Abstract: A Retrospective Comparison of Thai patients with End-stage Renal Disease Who Chose to Decline or Receive Dialysis Therapy

Jukkamong Hengtrakulvenit, M.D*, Kanokwan Prommachat, M.N.S*,
Suchanya Promnim, B.N.S**, Napaporn Boonyuen, M.N.S***,
Jidaporn Intapong, B.N.S****, Pattraporn Meesiri, B.N.S*****,
Vinai Leesmidt, M.D.*****, Kriang Tungsanga, M.D.***** ,*****

*Khlonglan Hospital, Khlonglan, Kamphaeng Phet, 62180

**Khlung Khlung Hospital, Khlung Khlung, Kamphaeng Phet, 62120

*** Sai Thong Watthana Hospital, Wang Sai Thong Watthana,
Kamphaeng Phet, 62190

**** Phran Kratai Hospital, Phran Kratai, Kamphaeng Phet, 62110

***** Lan Krabue Hospital, Lan Krabue, Kamphaeng Phet, 62170

*****Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital, Khwang Phyathai, Khet
Ratcha Thewi, Bangkok, 10400

*****Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok, 10330
(E-mail: kriangtungsanga@hotmail.com)

(Received: May 13, 2020; Revised: June 2, 2020; Accepted: July 8, 2020)

Background: Chronic kidney disease is commonly observed in the rural area of Thailand. A part of patients with end-stage kidney disease declined to received dialysis care despite lack of medical contraindications. **Objectives:** We compared the patients with end-stage renal disease (ESRD) living in the rural communities who decided to decline or accept dialysis upon counseling. **Methods:** We retrospectively interviewed patients with ESRD, or their relatives, at 5 community hospitals in Kamphaeng Phet Province, Thailand during the last 3 years prior to the study. Those who were 18 years or older, had glomerular filtration rate at 10 mL/ min/ 1.73 m² body surface area or less, had no medical contraindications to dialysis therapy, and had been counseled about dialysis modalities, were enrolled.

Results: At the time of the survey, 134 cases chose to decline (Group 1) and 61 to receive dialysis (Group 2). The Group 1 cases were 10 years older than Group 2 ($p < 0.001$); had higher proportions of cases with limited mobility (30%), or deceased spouses (38%) than Group 2 (6%, $p < 0.001$; and 11%, $p < 0.0001$; respectively). The number of offspring in Group 1 (3.5 ± 2.1) was higher than that Group 2 (2.6 ± 1.7 , $p = 0.003$). The most reason cited by the Group 1 cases for declining dialysis was “not wanting to be a burden to family members” (90%). Their decision relied mostly on their own and on health personal at sub-district health offices, whereas that in Group 2 relied on spouses or offspring, and on dialysis personnel at the provincial hospital. **Conclusion:** The majority of rural Thai patients with ESRD who had no medical contraindications preferred to decline dialysis. Age factor, physical limitation, loss of spouses and concern on a treatment burden to family members were causally associated with their decision.

Keywords: End-stage renal disease, Decline dialysis therapy

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งในชนบทปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการล้างไต แม้ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ **วัตถุประสงค์:** ต้องการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชนบท ระหว่างกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกปฏิเสธกับกลุ่มที่ยอมรับการรักษาการล้างไต **วิธีการ:** ศึกษาที่โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งของจังหวัดกำแพงเพชร ในช่วง 3 ปีย้อนหลัง ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีค่าอัตราโกลเมอรูลาฟิเลเตรชันเรต (อัตราการกรองพลาสมาที่ไต) ตั้งแต่ 10 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตรหรือต่ำกว่า และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์สำหรับการล้างไต **ผล:** มีผู้ป่วย 134 ราย (ร้อยละ 70) ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาด้วยการล้างไตเมื่อมีข้อบ่งชี้ (กลุ่มที่ 1) และอีก 61 ราย ตัดสินใจจะรับการรักษาต่อ (กลุ่มที่ 2) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีอายุมากกว่ากลุ่มที่ 2 ประมาณ 10 ปี ($p < 0.001$) มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 30) หรือมีคู่สมรสที่เสียชีวิตแล้ว (ร้อยละ 38) มากกว่า (6%, $p < 0.001$ และ 11%, $p < 0.0001$ ตามลำดับ) เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ตัดสินใจปฏิเสธคือ ไม่ต้องการเป็นภาระแก่ครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ตัดสินใจด้วยตนเองและฟังความเห็นของบุคลากรที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 มักฟังความเห็นคู่สมรส บุตรธิดาและบุคลากรด้านโรคไตของโรงพยาบาลจังหวัด **สรุป:** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชนบทมักตัดสินใจปฏิเสธการรักษาด้วยการล้างไตต่อ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการมีอายุที่มากกว่า มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวมากกว่า มีคู่สมรสเสียชีวิตมากกว่า และไม่ต้องการเป็นภาระต่อครอบครัวด้านการดูแล

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธการล้างไต

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่พบบ่อยโรคหนึ่งในประเทศไทย มีประชากรไทยประมาณร้อยละ 8.5 หรือประมาณ 5.5 ล้านคนที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ยังไม่ได้รับการล้างไต (dialysis)¹ ทางรัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง หรือ peritoneal dialysis (PD) – first policy ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2551^{2,3} ผู้ป่วยคนไทยที่มีโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้าย มีสิทธิ์ที่จะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ผลที่ตามมาคือ ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต ในปีพุทธศักราช 2558 เพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า เป็นจำนวนเท่ากับ 1,192 รายต่อประชากร 1 ล้านคน และมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทั้งหมด⁴ ในระดับภูมิภาค ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่าโกลเมอรูลาฟิเลเตรชันเรต (glomerular filtration rate) อยู่ในช่วง 10 -15 มิลลิลิตรต่อนาที ต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อไปพบทีมบุคลากรด้านโรคไตที่โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยการล้างไตต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนไม่น้อยในเขตชนบท ที่แม้จะไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง แต่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะไม่เลือกรักษาด้วยวิธีดังกล่าว แต่กลับเลือกที่จะขอรับการรักษาด้วยวิธีประคับประคองแทน⁵ ข้อมูลนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกมาก่อนในประเทศไทย ในรายงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์หลักต้องการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างผู้ที่ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาด้วยวิธี การล้างไตต่อไปกับผู้ที่ตัดสินใจยอมรับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ว่ามีปัจจัยทางคลินิกต่างกันอย่างไรบ้าง และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจเช่นนั้น และผลทางคลินิกสุดท้ายหลังการตัดสินใจดังกล่าว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ศึกษาแบบย้อนหลังที่โรงพยาบาลชุมชน 5 อำเภอในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ โรงพยาบาลคลองขลุง โรงพยาบาลคลองลาน โรงพยาบาลพรานกระต่าย โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา และโรงพยาบาลลานกระบือ ซึ่งมีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ 200,000 คน โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้ลงทะเบียนในฐานข้อมูล clinicaltrial.in.th (TCTR20190205005 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2562) คณะผู้วิจัยสืบค้นผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ในช่วงเวลา 3 ปี

ย้อนหลังคือ มกราคม พ.ศ. 2557-ธันวาคม พ.ศ. 2559 เกณฑ์รับผู้ป่วยไว้ศึกษาวิจัย คือ 1. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. มีค่าโกลเมอรูลาฟิเลเตรชันเรตที่ตรวจวัดในช่วงดังกล่าวต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร 3. ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ใดๆในการล้างไต (ข้อห้าม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือโรคระยะรุนแรงรุนแรง หรือมีประวัติได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน หรือมีปัญหาโรคจิตประสาทชนิดรุนแรง) และ 4. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการล้างไตจากพยาบาลโรคไตของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่งดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว เกณฑ์การพิจารณาไม่รับผู้ป่วยไว้ในโครงการวิจัยนี้ คือ 1. ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ 2. ไม่มีญาติของผู้ป่วยที่จะร่วมให้ข้อมูล หรือ 3. ไม่สามารถสื่อสารกันรู้ได้ เนื่องจากมีปัญหาทางการได้ยิน หรือการมองเห็น หรือด้านความจำ หรือการตัดสินใจต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังกล่าว หากยังมาติดต่อกับทางคลินิกโรคไตของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 5 แห่ง จะได้รับการอธิบายจากผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ และขอให้ผู้ป่วยลงนามใบยินยอมอนุญาตให้ผู้ร่วมวิจัยทำการสัมภาษณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมได้ จะให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ลงนามแทน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลชุมชนได้ ผู้ร่วมวิจัยจะเดินทางไปพบผู้ป่วยที่บ้านเพื่อขอสัมภาษณ์ และในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วผู้ร่วมวิจัยจะติดต่อกับคู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วยเพื่อให้ความเห็นแทน

การศึกษานี้แบ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธการล้างไตเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดสินใจขอรับการล้างไตเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ดังกล่าว รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากบันทึกเวชระเบียน และคณะผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นมา เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อหลังคาเรือน ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรธิดา การมีหรือไม่มีผู้ดูแล (caregiver) ที่บ้าน เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง จึงไม่สามารถระบุรายละเอียดของข้อมูลบางอย่างได้ชัดเจน เช่น ระยะเวลา

ตั้งแต่เริ่มเกิดโรคไตเรื้อรัง รายละเอียดของผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากโครงการ รายละเอียดของโรคร่วม (comorbid diseases) และเพื่อให้การตอบแบบสอบถามมีความคลาดเคลื่อนน้อย คณะผู้วิจัยจึงแบ่งความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็น 3 ประเภทโดยสังเขป คือ สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เคลื่อนไหวโดยต้องอาศัยเครื่องช่วยพยุงเวลาเดินหรือใช้รถนั่ง และเคลื่อนไหวไม่ได้ต้องนอนติดเตียง

ในส่วนที่เกี่ยวกับเหตุผลที่จะปฏิเสธหรือรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตต่อไป คณะผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้ป่วยเลือกเหตุผลของการตัดสินใจได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ในส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตัดสินใจ (ทั้งส่วนครอบครัวและส่วนบุคคลกร) ผู้ป่วยจะเลือกตอบได้ส่วนละ 1 คนเท่านั้น นำเสนอผลการศึกษาในรูปของค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างในรูปแบบของ chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพหรือข้อมูลที่ถูกจัดเป็นกลุ่ม (categorical data) และในรูปแบบของ unpaired t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณหรือเชิงตัวเลข (numerical data)

ผล

มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รับเข้าไว้ในโครงการ จำนวน 217 ราย มีผู้ป่วย 22 รายถูกคัดออกจากโครงการ เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้ (15 ราย) และผู้ป่วยปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการ (7 ราย) ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการล้างไต (กลุ่มที่ 1) 134 ราย (ร้อยละ 69) และเป็นผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยการล้างไต (กลุ่มที่ 2) 61 ราย (ร้อยละ 31) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีอายุมากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประมาณ 10 ปี ($p < 0.001$) มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวในสัดส่วนที่สูงกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ($p < 0.001$) และมีผู้ไม่ได้รับการศึกษาเลยในสัดส่วนที่สูงกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ($p = 0.027$) ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่อหลังคาเรือนน้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งไม่ต่างกันนัก

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (n = 134 ราย)	กลุ่มที่ 2 (n = 61 ราย)	p-value
อายุ (ปี), mean $\pm$ SD	68 $\pm$ 11	57 $\pm$ 13	<0.001
เพศ (ชาย / หญิง)	47 / 87	27 / 34	NS
โรคร่วม (ราย)			
โรคเบาหวาน	71 (53%)	35 (57%)	NS
โรคความดันโลหิตสูง	114 (85%)	55 (90%)	NS
โรคไขมันสูงในเลือด	66 (49%)	31 (51%)	NS
โรคหัวใจและหลอดเลือด	17 (13%)	9 (15%)	NS
โรคหลอดเลือดสมอง	12 (9%)	1 (2%)	NS

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (n = 134 ราย)	กลุ่มที่ 2 (n = 61 ราย)	p-value
ระดับของการเคลื่อนไหว (physical activity) (ราย)			
เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ	92 (69%)	56 (92%)	<0.0002
มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวบ้าง	40 (30%)	4 (6%)	<0.001
นอนติดเตียง	2 (1%)	1 (2%)	NS
ระดับการศึกษา (ราย)			
ไม่ได้รับการศึกษาเลย	36 (27%)	8 (13%)	<0.027
ระดับประถมศึกษา	91 (68%)	40 (66%)	NS
ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	10 (7%)	19 (31%)	0.001
รายได้ต่อครัวเรือนต่อเดือน (ราย)			
< 10,000 บาท	125 (93%)	53 (87%)	NS
≥ 10,000	9 (7%)	8 (13%)	NS

NS = not significant (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) SD = standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

สัดส่วนของผู้ป่วยที่ปลดเกษียณจากงานประจำแล้ว หรือมีอาชีพเป็นเกษตรกร หรือเป็นโสดหรือหย่าขาดจากคู่สมรส ไม่ต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สัดส่วนของการมีคู่สมรส หรือบุตร-ธิดา หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และระยะทางเฉลี่ยระหว่างบ้านผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชรไม่ต่างกัน (ตาราง

ที่ 2) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีจำนวนผู้ที่มีคู่สมรสเสียชีวิตในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ($p = 0.0001$) และมีจำนวนบุตร-ธิดามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.003$) อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 มีสัดส่วนของการที่ไม่มีผู้ดูแลเลย มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางสังคมของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานทางสังคมของผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (134 ราย)	กลุ่มที่ 2 (61 ราย)	p-value
อาชีพ (ราย)			
เกษียณจากงานแล้ว	89 (67%)	40 (66%)	NS
เกษตรกร	30 (22%)	12 (20%)	NS
ทำธุรกิจรายย่อยหรือเป็นลูกจ้าง	15 (2%)	9 (14%)	NS
สถานะภาพการสมรส (ราย)			
เป็นโสดหรือหย่าร้างแล้ว	10 (7%)	6 (10%)	NS
คู่สมรสเสียชีวิต	51 (38%)	7 (11%)	0.0001
คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่	73 (54%)	48 (79%)	0.0009
จำนวน บุตร - ธิดา (คน)	3.5 ± 2.1	2.6 ± 1.7	0.003
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน (ราย)			
คู่สมรส	21 (16%)	8 (13%)	NS
บุตร - ธิดา	85 (63%)	34 (56%)	NS
สมาชิกอื่นในครอบครัว	15 (11%)	2 (3%)	NS
ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก	13 (10%)	17 (28%)	0.001
ระยะทางจากบ้านถึง รพ. กำแพงเพชร (กม)	50 ± 18	49 ± 10	NS

NS = not significant (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

เหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 อ้างถึงมากที่สุด (ร้อยละ 90) ในการตัดสินใจไม่รักษาด้วยการล้างไตคือ ไม่ต้องการเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 3) เหตุผลที่ถูกอ้างถึงรองลงมาคือ มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร (ร้อยละ 81) มีความกังวลว่าจะดูแลการล้างไตที่บ้านได้ไม่ดี (ร้อยละ 76) มีความกลัววิธีการล้างไตด้วยตัวเอง (ร้อยละ 68) มีความรู้สึกลัวว่าตัวเองจะไม่แข็งแรงพอสำหรับการล้างไต (ร้อยละ 57) มีผู้ป่วยร้อยละ 51

ที่ไม่มีเหตุผลอื่นใดดังกล่าวข้างต้น แต่รู้สึกลัวว่าพอล้างกับชีวิต และมีประมาณร้อยละ 46 ที่แจ้งว่า ขาดการเค้นเคยหรือการชักชวนอย่างจริงจังจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ให้เหตุผลที่ตัดสินใจเลือกรับการรักษาด้วยการล้างไต คือ มีผู้ดูแลที่บ้าน (ร้อยละ 79) เป็นความต้องการของตัวเอง (ร้อยละ 72) ไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่ม (ร้อยละ 62) และร้อยละ 52 ระบุว่าได้รับการเค้นเคยหรือการชักชวนจากสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 3 เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิเสธหรือยอมรับการล้างไต (อาจตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	จำนวน (ร้อยละ)
เหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ตัดสินใจปฏิเสธการล้างไต	
ไม่ต้องการเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว	121 (90%)
มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการล้างไตที่ รพ.กำแพงเพชร	109 (81%)
มีปัญหาเรื่องคนดูแลระยะยาว	102 (76%)
รู้สึกกลัวการล้างไต	91 (68%)
คิดว่าสุขภาพตนเองไม่เหมาะกับการล้างไต	77 (57%)
ไม่กลัว / ไม่มีปัญหาคนดูแล / ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย แต่รู้สึก “พอแล้ว” จึงไม่อยากทำ	68 (51%)
ลูกหรือครอบครัวไม่ยินยอมให้ทำการล้างไต	62 (46%)
เหตุผลที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ตัดสินใจยอมรับการล้างไตต่อไป	
มีผู้ดูแลที่บ้าน	48 (79%)
เป็นความต้องการของตัวเอง	44 (72%)
ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการล้างไต ที่รพ.กำแพงเพชร	38 (62%)
ตัวเองไม่ต้องการทำการล้างไต แต่สมาชิกในครอบครัวขอให้ทำ	32 (52%)

บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยแบ่งได้เป็นสองประเภท ประเภทแรกคือสมาชิกในบ้านและประเภทที่สอง คือ บุคลากรทางการแพทย์ ในการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 นั้น มีร้อยละ 52 ที่ระบุว่าผู้ป่วยตัดสินใจเอง ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.000001$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 รับฟังความเห็นของคู่สมรสน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.00064$) และในส่วนของบุคคลประเภทที่

สองที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระบุว่า รับฟังความเห็นของพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรแพทย์พยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.014$) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 รับฟังความเห็นของบุคลากรแพทย์พยาบาลด้านโรคไตที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 บุคคลที่มีอิทธิพลที่สุด ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิเสธ หรือจะยอมทำการล้างไต

บุคคลที่มีอิทธิพล	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	p-value
ประเภทสมาชิกในครอบครัว			
1. ตัดสินใจเอง	70 (52%)	9 (15%)	0.000001
2. คู่สมรส	21 (16%)	23 (38%)	0.00064
3. บุตร – ธิดา	40 (30%)	22 (30%)	NS
4. อื่น ๆ	3 (2%)	3 (5%)	NS
5. ไม่ทราบข้อมูลชัดเจน	-	4 (9%)	-

ตารางที่ 4 บุคคลที่มีอิทธิพลที่สุด ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิเสธ หรือจะยอมทำการล้างไต (ต่อ)

บุคคลที่มีอิทธิพล	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	p-value
ประเภทบุคลากรทางการแพทย์			
พยาบาลชุมชน ที่ รพ. สต.	56 (42%)	2 (3%)	<0.05
แพทย์และพยาบาลโรคไต ที่ รพ.ชุมชน	42 (31%)	9 (15%)	0.014
แพทย์และพยาบาลโรคไต ที่ รพ.กำแพงเพชร	35 (26%)	49 (80%)	<0.05
ไม่มีใครมีอิทธิพล	1 (1%)	1 (2%)	NS

NS = not significant (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ), รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังมีชีวิตอยู่และอีกจำนวนหนึ่งได้เสียชีวิตไปแล้ว สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ที่เสียชีวิตแล้วมีค่าสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.0031$) (ตารางที่ 5) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ที่เสียชีวิตโดยไม่ได้รับการล้างไตคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ($p = 0.0001$) และมีผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่เสียชีวิตโดยได้รับการล้างไต ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (ที่

ร้อยละ 20 เสียชีวิตขณะได้รับการล้างไต) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00004$) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ส่วนที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวนร้อยละ 48 นั้น ทุกรายยังไม่มีเปลี่ยนไปรับการรักษาด้วยการล้างไต และเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ($p < 0.0001$) ในขณะที่ร้อยละ 67 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตไปเรียบร้อยแล้ว ($p < 0.00001$)

ตารางที่ 5 สถานภาพของผู้ป่วย ณ วันที่เก็บข้อมูล

สถานภาพของผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (n = 134 ราย)	กลุ่มที่ 2 (n = 61 ราย)	p-value
เสียชีวิตแล้ว			
จำนวน (ราย)	70 (52%)	14 (23%)	0.0031
เสียชีวิตโดยได้รับการล้างไต	3 (2%)	12 (20%)	0.00004
เสียชีวิตโดยไม่ได้รับการล้างไต	67 (50%)	2 (3%)	<0.0001
ยังมีชีวิตอยู่			
ยังมีชีวิตอยู่โดยได้รับการล้างไต	0	41(67%)	<0.00001
ยังมีชีวิตอยู่โดยไม่ได้รับการล้างไต	64 (48%)	6 (10%)	<0.0001

NS = not significant

ตารางที่ 6 ข้อมูลการปฏิเสธการล้างไตของประเทศต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง	6	7	8	9	10	11	12	13	งานนี้	15	16	17	18
ประเทศ	อนช	สรอ.	สรอ	สรอ	สรอ	สรอ	ไนจีเรีย	คนด	ไทย	จีน	อังกฤษ	ฮ่องกง	ฮ่องกง
DD or DW	DW	DW	DW	DW	DW	DW	DW	DW	DD	DD	DD	DD	DD
เป็น Retro- หรือ Prospective study													
	R	R	R	R	R	P	R	R	R	P	P	P	P
มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี
ระยะของโรคไตเรื้อรัง	5D	5D	5D	5D	5D	5D	5D	5D	5ND	5ND	5ND	5ND	5ND
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย	13% ใน 5 ปี	9% ใน 6 ปี	8% ใน 1 ปี	21% ใน 3 ปี	17% ใน 3 ปี	18% ใน 4 ปี	95% ใน 3 เดือน	37% ใน 9 ปี	70% ใน 3 ปี	26% ใน 6 ปี	18% ใน 3 ปี	25% ใน 1 ปี	56% ใน 5 ปี

การมีอายุมาก	มีผล	NA	มีผล	มีผล	มีผล	มีผล	ไม่มีผล	มีผล	มีผล	NA	มีผล	มีผล	มีผล
เพศหญิง	มีผล	มีผล	มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	NA	NA	มีผล	ไม่มีผล	NA	ไม่มีผล	NA	NA
ระดับการศึกษา ที่ต่ำกว่า	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	มีผล	NA	ไม่มีผล	NA	NA
รายได้ ที่ต่ำกว่า	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	NA	NA	NA	ไม่ต่าง	NA	ไม่มีผล	มีผล	มีผล
การมีโรคร่วมมาก	มีผล	NA	มีผล	มีผล	มีผล	NA	NA	มีผล	NA	NA	มีผล	มีผล	มีผล
การมีโรค เบาหวาน	มีผล	NA	NA	NA	NA	NA	NA	มีผล	ไม่มีผล	NA	NA	มีผล	NA
การมีสมรรถภาพ ร่างกายลดลง	NA	มีผล	มีผล	NA	มีผล	NA	NA	มีผล	มีผล	NA	มีผล	มีผล	มีผล
การมีคู่สมรส เสียชีวิต	NA	NA	NA	NA	มีผล	NA	NA	NA	มีผล	NA	NA	NA	NA
การมีเขตพำนัก อาศัยในชนบท	NA	มีผล	NA	NA	NA	NA	NA	NA	ไม่มีผล	NA	ไม่มีผล	NA	NA
การทำฟอกเลือด ด้วยเครื่องไต เทียม	มีผล	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	ไม่มีผล	NA	NA
การไม่มีสวัสดิการ สนับสนุน ค่าใช้จ่าย	ไม่มีผล	มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	ไม่มีผล	NA	มีผล	NA	ไม่มีผล	ไม่มีผล	NA	NA	NA
เหตุผลสำคัญ ที่ไม่ทำล้างไต	2	2	2	2	2	6	1	2	5	7	2	2	2

สรอ, = สหรัฐอเมริกา, onz, = ออสเตรเลีย-นิวซีแลนด์, คณด, = แคนาดา, DD = dialysis decline, DW = dialysis withdrawal, 5D = โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ล้างไตแล้ว, 5ND = โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้เริ่มล้างไต, NA = not available (ไม่มีข้อมูล), P = prospective (ศึกษาแบบมองไปข้างหน้า), R = retrospective (ศึกษาแบบมองย้อนหลัง) เหตุผลสำคัญที่ไม่ทำล้างไต, 1 = มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย, 2 = มีโรคร่วมที่รุนแรงหรือมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ, 3 = มีอายุมาก, 4 = ไม่มีผู้ดูแล, 5 = ไม่ต้องการเป็นภาระกับครอบครัว, 6 = มีความซึมเศร้าหรือท้อแท้, 7 = มีความรู้สึกลัวใช้ชีวิตมาพอแล้ว, 8 = ขาดแรงจูงใจหรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ปฏิเสธการล้างไต (ตารางที่ 6) โดยแบ่งรายงานวิจัยเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการล้างไตหลังจากได้เริ่มต้นล้างไตไประยะหนึ่งแล้ว (dialysis withdrawal) และกลุ่มที่สองเป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธการล้างไตตั้งแต่เมื่อยังไม่ได้เริ่มต้นการล้างไตแบบถาวร (dialysis decline) เนื่องจากความชุกของการล้างไตของแต่ละประเทศมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ⁵ ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีระบบประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างไต ข้อมูลรายงานจากประเทศกลุ่มนี้จึงมักเป็นรายงานในลักษณะผู้ป่วยที่ปฏิเสธการล้างไตต่อไปหลังจากที่ได้เริ่มต้นรักษาไประยะหนึ่งแล้ว⁶⁻¹³ มีอุบัติการณ์ของการปฏิเสธการล้างไตประมาณร้อยละ 10-20 ปัจจุบันที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าวคือ มีอายุมาก เพศหญิง มีโรคร่วมจำนวนมาก หรือมีสมรรถภาพของร่างกายต่ำกว่า และเหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยหรือแพทย์ตัดสินใจหยุดการล้างไตต่อไป มักเป็นเรื่องของปัญหาที่สุขภาพ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีบางรายงานที่อ้างถึงเหตุผลสำคัญคือ ความซึมเศร้า

หรือความท้อแท้ของผู้ป่วย¹¹ เป็นที่น่าสนใจว่าประเทศญี่ปุ่นและประเทศไต้หวันมีความชุกของการล้างไตสูงที่สุดในโลก แต่จากการสืบค้นไม่พบรายงานการศึกษาจากประเทศทั้งสองชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีประเทศญี่ปุ่นพบว่า มีรายงานการปฏิเสธการล้างไตน้อยมากเพียงร้อยละ 0.7¹⁴ มีรายงาน 1 ฉบับจากประเทศในทวีปแอฟริกาที่ระบุว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่ได้รับการล้างไต ไม่สามารถรับการรักษาเกิน 3 เดือนเนื่องจากมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย¹² สำหรับรายงานในผู้ป่วยกลุ่มที่สองคือกลุ่มที่ตัดสินใจปฏิเสธการล้างไตตั้งแต่ยังไม่มีการเริ่มต้นล้างไตจริงนั้น มีผู้รายงานจำนวนน้อยกว่า¹⁵⁻¹⁸ และรายงานผู้ป่วยจากประเทศไทยของคณะผู้วิจัยฉบับนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากตารางที่ 6 นี้จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธการล้างไตตั้งแต่ยังไม่ได้เริ่มต้นการล้างไตจริงสูงกว่าประเทศอื่น และสิ่งที่พบที่ต่างจากรายงานอื่นๆ ได้แก่ การมีระดับการศึกษาต่ำกว่า การมีคู่สมรสที่เสียชีวิต และการพบว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยใช้อ้างอิงในการตัดสินใจไม่รับการล้างไตต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก คือเหตุผลว่าไม่ต้องการให้เป็นภาระแก่ครอบครัว

วิจารณ์

นับตั้งแต่รัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง หรือ “PD-First Policy” สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย^{2,3} ได้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรได้รับการรักษาดังกล่าว และสถิติความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี⁴ แต่ผลการศึกษาในรายงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นในทิศทางตรงข้ามกับความเชื่อนี้ กล่าวคือมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่อยู่ในชุมชนชนบทถึงร้อยละ 70 เมื่อได้รับคำแนะนำโดยบุคลากรการแพทย์แล้ว ได้ตัดสินใจไม่ขอรักษาด้วยวิธีการล้างไตต่อ สัดส่วนดังกล่าวนี้สูงกว่าที่ได้เคยมีผู้อื่นรายงานไว้^{6-13,15-18} หากว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ได้เปลี่ยนใจหันมาได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตต่อ และอนุমানว่าสถานการณ์แบบนี้เกิดในทุกแห่งของประเทศ ค่าความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต จะเพิ่มขึ้นกว่าปัจจุบันอีกหลายเท่าตัว

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการล้างไต (กลุ่มที่ 1) กับกลุ่มที่ตัดสินใจยอมรับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว (กลุ่มที่ 2) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มแรกมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า ได้รับการศึกษาน้อยกว่า มีสัดส่วนที่มีคู่สมรสเสียชีวิตมากกว่า และมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มหลัง (ตารางที่ 1 และ 2) และการที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 มีสัดส่วนของการไม่มีผู้ดูแลประจำสูงกว่ากลุ่มแรก อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มที่สองมีอายุน้อยกว่า และมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวน้อยกว่า จึงสามารถดำรงชีวิตเป็นอิสระด้วยตนเองได้มากกว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนรายงานอื่นที่พบมาก่อนว่า (ตารางที่ 6) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง (conservative management) มักมีอายุมากกว่า^{6,8-11,13,15-19} มักต้องอาศัยผู้ดูแลและมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวมากกว่า และมักเป็นผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือหดหู่มากกว่า^{6,8-10,13,16-18} โดยทั่วไป ผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีโอกาสที่จะมีฐานะยากจนกว่าอยู่แล้ว การมีรายได้น้อยเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศกำลังพัฒนา ไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาด้วยการล้างไตในระยะยาวได้^{20,21}

ผู้ป่วยในสวนภูมิภาคของประเทศ มักได้รับสิทธิประโยชน์ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²² ซึ่งหมายความว่า หากผู้ป่วยมีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องการรักษาด้วยวิธีการล้างไต โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากรัฐ ผู้ป่วยจะต้องเริ่มต้นด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) เป็นลำดับแรก^{2,3} ในบริบทของประเทศไทยที่มีภาครัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างไต ประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายไม่ใช่เหตุผลลำดับแรกๆ ที่ผู้ป่วยอ้างถึงในการปฏิเสธการล้างไต แต่เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวให้ได้ผลดี จำเป็นต้องมีผู้ดูแล (caregiver) ที่มีความชำนาญในการเปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต (peritoneal dialysis solution bag) จำเป็นต้องอาศัยสมาชิกอื่นในครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ผู้ป่วยในชนบทอาจไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลอื่นมาช่วยทำ

หน้าที่แทน จึงอาจเกิดปัญหาการขาดผู้ดูแล การที่คณะผู้วิจัยพบว่าเหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ปฏิเสธการรักษาเป็นเหตุผลด้านความกังวลว่าการรักษาด้วยวิธีการล้างไตจะสร้างภาระแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (ตารางที่ 3) จึงสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่กล่าวนี้ และสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยอื่นในทวีปเอเชียได้รายงานไว้แล้ว¹⁵ เนื่องจากประเทศไทยกำลังย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยในไม่ช้า²³ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁴ ปัญหาจึงจะเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยไม่สามารถได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตในระยะยาวได้ แม้ว่ารัฐมีงบประมาณสนับสนุนค่าใช้จ่ายก็ตาม

มีเหตุผลหลายข้อที่ผู้ป่วยอ้างถึงในการปฏิเสธการล้างไตเป็นเหตุผลเกี่ยวเนื่องกับอารมณ์ เช่น มีความกังวลว่าอาจดูแลที่บ้านได้ไม่ดี มีความกลัววิธีการล้างไต มีความกังวลว่าสุขภาพอาจไม่สมบูรณ์พอ ปัญหาเหล่านี้เป็นเหตุผลทางความรู้สึกมากกว่าปัญหาทางกาย หากบุคลากรการแพทย์สามารถชี้แจงหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับมารับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตมากขึ้นก็ได้ มีประเด็นที่น่าสนใจคือ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ให้เหตุผลว่าพอแล้วหรือขาดแรงกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นที่ได้รายงานมาแล้ว¹⁵ คณะผู้วิจัยสันนิษฐานว่า จากความเชื่อในหลักพุทธศาสนาเกี่ยวกับอริยสัจ 4 ความไม่เที่ยงในสังขาร การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ความไม่แน่นอนซึ่งปรากฏอยู่ในคำสอนเรื่องไตรลักษณ์ และได้ฝังรากลึกในวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยพุทธมานาน²⁴ สิ่งนี้อาจทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น โดยไม่มีความทุกข์ใจมาก เคยมีผู้รายงานว่า ผู้ป่วยคนไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในช่วงก่อนการล้างไต มีคะแนน mental health score สูงพอๆกับประชากรปกติที่ไม่ใช่โรคไต²⁵ และสูงกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในบางประเทศเสียอีก²⁶ จึงมีความเป็นไปได้ว่า ความเชื่อทางจิตวิญญาณตามหลักศาสนาดังกล่าว ร่วมกับความกังวลว่า การล้างไตจะเป็นการสร้างภาระแก่สมาชิกในครอบครัว อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ตัดสินใจปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต

เป็นที่น่าสนใจที่ว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (ตารางที่ 1) ยังมีค่าต่ำกว่าค่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ของประเทศไทย ซึ่งมีค่าที่ 77 ปี ในปีพุทธศักราช 2561²⁷ และยิ่งสูงเกินเกณฑ์ขั้นต่ำของนิยามคำว่า “ผู้สูงวัยระยะต้น” เพียง 3 ปี²⁸ มีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในช่วงอายุวัยนี้ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก น่าจะดูแลตัวเองสำหรับการล้างไตได้ ดังนั้นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความกังวลหรือความกลัวต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้ใช้อ้างในการปฏิเสธการล้างไตนั้น (ตารางที่ 3) อาจเกิดจากความไม่เข้าใจขั้นตอนและวิธีการล้างไตอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดความกังวลไปก่อนล่วงหน้า หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่างๆ อย่างถูกต้องอาจไม่ตัดสินใจปฏิเสธการรักษาก็ได้ จึงน่าจะเป็นโอกาสพัฒนาสำหรับบุคลากรการแพทย์ที่จะให้ความรู้และวิธีปฏิบัติการล้างไตที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในโอกาสต่อไป เป็นที่น่าสนใจว่ามีผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ประมาณครึ่งหนึ่งที่ตัดสินใจ

รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตไม่ใช่เพราะเป็นความประสงค์ส่วนตัวของผู้ป่วย แต่ด้วยเหตุผลว่าได้รับการกระตุ้นคเยจากสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 3) อาจอธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวในสังคมประเทศทางตะวันออกมีความผูกพันกันมาก จนบางครั้งความผูกพันดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมากกว่าความประสงค์ส่วนบุคคล²⁹ มักพบว่าผู้ป่วยสูงวัยในประเทศตะวันออกหลายประเทศ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานไม่ใช่เพื่อตัวเองอย่างเดียว แต่เป็นด้วยความปรารถนา การเอาใจใส่และการกระตุ้นคเยจากสมาชิกในครอบครัว มีหลายโอกาสที่สมาชิกของครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา³⁰

การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ระบุว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. หรือที่ รพ.ชุมชนมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย (ตารางที่ 4) อาจวิเคราะห์ได้ว่า หากต้องการจะเพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่จะยอมรับการล้างไตให้มากขึ้น จำเป็นต้องฝึกอบรมบุคลากรส่วนนี้ให้มีความรู้และความชำนาญมากขึ้นในการให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (dialysis counseling) การให้ข้อมูลอย่างละเอียดและถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยลดข้อสงสัยหรือความกังวลลง และอาจตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยการล้างไตเพิ่มขึ้นก็ได้ และในทางกลับกันบุคลากรส่วนนี้ควรมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้วยเช่นกัน เพราะหากผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่าไม่พร้อมสำหรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต บุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถแนะนำวิธีการรักษาแบบประคับประคองให้ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมานมาก ยังเป็นการช่วยประหยัดทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่ต้องใช้ได้อีกด้วย

อาจมีข้อโต้แย้งว่าช่วงเวลาที่คุณภาพชีวิตที่บุคลากรให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษานั้น เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการรุนแรง เมื่อโรคไตเรื้อรังทวีความรุนแรงขึ้นจนถึงระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคกำเริบมากขึ้น ผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนใจหันมาทำการรักษาด้วยวิธีการล้างไตในภายหลัง ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่ได้พบเช่นนั้น (ตารางที่ 5) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ที่เสียชีวิตเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต และผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ยังมีชีวิตอยู่ยังไม่มีการตัดสินใจหันมาได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต แสดงว่าการตัดสินใจของผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาที่ได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง

เมื่อเปรียบเทียบการปฏิเสธการล้างไตของประเทศต่างๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีรายงานการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้ทำการล้างไตไปแล้วและต่อมาต้องหยุดการล้างไต มีเหตุผลสำคัญเป็นเรื่องของการมีปัญหาระดับไตที่มีความรุนแรง หรือมีปัญหาระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ตารางที่ 6) แต่ในกรณีประเทศญี่ปุ่นมีปัญหาระดับการปฏิเสธการล้างไตในภายหลังน้อยมาก¹⁴ ทั้งนี้เนื่องจากเคยมีกรณีศึกษาที่แพทย์ได้ตัดสินใจหยุดการล้างไตตามความต้องการของผู้ป่วย และต่อมากลายเป็นประเด็นวิจารณ์จากสังคมอย่างมาก³¹ สำหรับ

ประเทศไต้หวันได้มีคำแนะนำอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติสำหรับการหยุดล้างไต³² แต่การปฏิเสธการล้างไตเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากมีปัญหาระดับความเชื่อและขนบธรรมเนียมปฏิบัติ แพทย์มักถูกขอให้ละเว้นการพูดสภาวะของโรคอย่างตรงไปตรงมากับผู้ป่วย ทำให้การเตรียมการโดยอาศัยการตัดสินใจของผู้ป่วยเองเป็นไปได้ยาก และหลายครั้งที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง นั่น A-26³⁰ สำหรับรายงานจากประเทศกำลังพัฒนาเกี่ยวกับการปฏิเสธการล้างไตยังมีน้อยเนื่องจาก สาเหตุหลักของการไม่ได้รับการรักษาเกิดจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย^{20,21,33,34} ไม่ได้เกิดจากเหตุผลด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รายงานของผู้วิจัยฉบับนี้จึงเป็นรายงานฉบับแรกๆ ที่กล่าวถึงการปฏิเสธการล้างไตในผู้ป่วยประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบประกันสุขภาพรองรับ และมีความแตกต่างจากข้อมูลของประเทศกำลังพัฒนาอื่นอย่างชัดเจนว่า สาเหตุการตัดสินใจดังกล่าวเกิดจากความกังวลที่จะสร้างภาระให้กับครอบครัว ไม่ใช่เรื่องค่าใช้จ่าย

รายงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ช่วงเวลาที่คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นช่วงสั้นๆ อาจทำให้ผู้ป่วยยังไม่ยอมเปิดเผยความรู้สึกและเหตุผลในการตัดสินใจต่างๆ ทั้งหมดออก เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่เชื่อมโยงกับอุปนิสัยความเชื่อทางวัฒนธรรม ศาสนาและความสัมพันธ์เฉพาะของแต่ละครอบครัว ประการที่สองคือ การสัมภาษณ์เป็นการให้ผู้ป่วยกรอกความเห็นตามหัวข้อที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้แล้ว (structured questionnaire) จึงอาจไม่สะท้อนความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ป่วย ประการที่สาม คือการสอบถามความเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยนี้ ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้หมด เพราะเป็นการสอบถามความเห็นย้อนหลัง ผู้ป่วยอาจจำไม่ได้หมด เนื่องด้วยปัจจัยเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรคไตที่อาจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบไปข้างหน้า (prospective study) ต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชนบทส่วนใหญ่มักปฏิเสธการล้างไตต่อ แม้ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือ การมีอายุน้อยกว่า การมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวมากกว่า การมีคู่สมรสเสียชีวิตและไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายโครงการจากทุนวิจัย นายแพทย์ประเสริฐ ปราสาททองโอสถ จากแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ศัลยเวช และคุณกุลที่ช่วยตรวจสอบรายงานวิจัย อาจารย์ แพทย์หญิงวรรณงาม กิจธนามงคลชัย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ที่ให้ความอนุเคราะห์การวิเคราะห์ทางสถิติ

References

1. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1567-75.
2. Chuengsamarn P, Kasemsup V. PD-First Policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patient with end-stage renal disease. *Semin Nephrol* 2017; 37: 287-95.
3. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsamarn P, Lumpaopong A. The "PD First" policy in Thailand: three-years experiences (2008–2011). *J Med Assoc Thai* 2011; 94: S153-61.
4. The Nephrology Society of Thailand. Thailand Renal Replacement Therapy.[Internet]2015. Available from: http://www.nephrothai.org/images/Final_RRT_report_2015.pdf.
5. 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: 1975-82.
6. Chan HW, Clayton PA, McDonald SP, Agar JW, Jose MD. Risk factors for dialysis withdrawal: an analysis of the Australia and New Zealand Dialysis and Transplant (ANZDATA) Registry, 1999– 2008. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 775-81.
7. Wetmore JB, Yan H, Gilbertson D, Liu J. Factors associated with elective withdrawal of maintenance hemodialysis: a case-control study. *Am J Nephrol* 2020; 51:227-36.
8. Wetmore JB, Yan J, Hu Y, Gilbertson D, Liu J. Factors associated with withdrawal from maintenance dialysis: a case-control analysis. *Am J kidney Dis* 2018; 71: 831-41.
9. Chen JC, Thorsteinsdottir B, Vaughan LE, Feely MA, Albright RC, Onuigbo M, et al. End of life, withdrawal, and palliative care utilization among patients receiving maintenance hemodialysis therapy. *Clin J Am Soc Nephrol* 2018; 13: 1172-9.
10. Bajwa K, Szabo E, Kjellstrand CM. A prospective study of risk factors and decision making in discontinuation of dialysis. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2571-7.
11. McDade-Montez EA, Christensen AJ, Cvengros JA, Lawton WJ. The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychol* 2006; 25:198-204.
12. Arogundade FA, Sanusi AA, Hassan MO, Akinsola A. The pattern, clinical characteristics and outcome of ESRD in Ile-Ife, Nigeria: is there a change in trend ? *Afr Health Sci* 2011; 11:594-601.
13. Ellwood AD, Jassal SV, Suri RS, Clark WF, Na Y, Moist LM. Early dialysis initiation and rates and timing of withdrawal from dialysis in Canada. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8: 265-70.
14. Sehgal AR, Weisheit C, Miura Y, Butzlaff M, Kielstein R, Taguchi Y. Advance directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany, and Japan. *JAMA*1996; 276: 1652 –6.
15. Lo WK, Li FK, Choy CB, Cheng SW, Chu WL, Ng SY, et al. A retrospective survey of attitudes toward acceptance of peritoneal dialysis in Chinese end-stage renal failure patients in Hong Kong. *Perit Dial Int* 2001; 21: S318-21.
16. Da Silva-Gane M, Wellsted D, Greenshields H, Norton S, Chandna SM, Farrington K. Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 2002-9.
17. Yong DSP, Kwok AOL, Wong DML, Suen MHP, Chen WT, Tse DMW. Symptom burden and quality of life in end-stage renal diseases: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med* 2009; 23: 111-9.
18. Yuen SK, Suen HP, Kwok OL, Yong SP, Tse MW. Advance care planning for 600 Chinese patients with end-stage renal disease. *Hong Kong J Nephrol* 2016; 19: 19-27.
19. Hemmelgarn BR, James MT, Manns BJ, O' Hare AM, Muntner P, Ravani P, et al. Rates of treated and untreated kidney failure in older vs younger adults. *JAMA* 2012; 307: 2507-15.
20. Li PK, Chow KM. The cost barrier to peritoneal dialysis in the developing world - an Asian Perspective. *Perit Dial Int* 2001; 21: S307-13.
21. Dodd R, Palagyi A, Guild L, Jha V, Jan S. The impact of out-of-pocket costs on treatment commencement and adherence in chronic kidney disease: a systematic review. *Health Policy Plan* 2018; 33: 1047-54.
22. Prakongsai P, Palmer N, Uay-Trakul P, Tangcharoensathien V, Mills A. The implication of benefit package design: the impact on poor Thai households of excluding renal replacement therapy. *J Int Development* 2009; 21:291-308
23. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospect 2019.[Internet]2019. Available from: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/OADR/65plus/15-64/764>.
24. Edelglass W, Garfield J, editors. *Buddhist Philosophy: Essential Readings*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
25. Saisunantarom W, Cheawchanwattana A , Kanjanabuch T, Buranapatana M, Chanthapasa K. Associations among spirituality, health-related quality of life, and depression in pre-dialysis chronic kidney disease patients: an exploratory analysis in Thai Buddhist patients. *Religions* 2015; 6: 1249-62.

26. Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SC, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi Fde S. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22: 911-7.
27. The World Bank. Life expectancy at birth, total (years) – Thailand. [Internet] 2019. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=TH&view=chart>.
28. Orimo H. Reviewing the definition of elderly. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2006; 43: 27-34.
29. Bowman KW, Hui EC. Bioethics for clinicians: 20. Chinese bioethics. *CMAJ* 2000; 163: 1481-5.
30. Lai CF, Tsai HB, Hsu SH, Chiang CK, Huang JW, Huang SJ. Withdrawal from long-term hemodialysis in patients with end-stage renal disease in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2013; 112: 589-99.
31. Tanaka M, Kodama S. Legal policy challenges in withdrawal of dialysis treatment in Japan. *Eur J Public Health* 2019; 29:168.
32. Tsai HB, Chen DR. Clinical practice in the hospice care for end-stage renal disease. Taiwan Hospice Organization and Taiwan Academy of Hospice palliative Medicine 2011 Annual Meeting (2011), Taipei: Taiwan; 2011.
33. Prasad N, Jha V. Hemodialysis in Asia. *Kidney Dis* 2015;1:165-177.
34. Wu H, Li Q, Cai Y, Zhang J, Cui W, Zhou Z. Economic burden and cost-utility analysis of three renal replacement therapies in ESRD patients from Yunnan Province, China. *Int Urol Nephrol* 2020; 52: 573–9.