

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

Factors related to decision making for non-dialysis in chronic kidney disease stage 5 patients

(Received: May 12,2021; Accepted: June 9,2021)

ปิยรัตน์ ไชยวิมางคล

Piyarath Chaisiwamongkol

นายแพทย์ชำนาญการ หน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลยางตลาด

Registered Medical Physician Professional level Family Medicine Work Group Yangtalad Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม(case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวนทั้งหมด 104 คน โดยกำหนดให้ case คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต และ control คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจฟอกไต เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Time frame allocation sampling เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักได้เท่ากับ 0.815 แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว Chi-Square Test และการวิเคราะห์แบบพหุคูณโดยโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

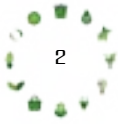
ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) มีทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35], p -value=0.001), สถานภาพโสด/หย่า/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58], p -value=0.003), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Adjusted OR = 35.02 [95%CI: 1.46-838.45], p -value=0.028), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20], p -value=0.041), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล (Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38], p -value=0.022), ทศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40], p -value=0.048), ทศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75], p -value=0.014) ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธฟอกไต โดยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในพื้นที่

คำสำคัญ : ปัจจัย, ปฏิเสธฟอกไต

Abstract

This Case-control study aimed to explore the factors that could be related to decision making in non-dialytic chronic kidney disease stage 5 patients. 104 CKD stage 5 patients in Yangtalad hospital were interviewed by Time frame allocation sampling. Participants were divided to 2 groups (Case: non-dialysis patients and Controls: dialysis patients). Questionnaire was used to collect demographic data and factors that may involve in decision making for non-dialytic patients. The reliability value of the questionnaire was 0.815. Data analysis was conducted inform of Frequency, Percentage, Mean(Standard deviation), Min, Max, Chi-Square test, Odds ratio(OR), 95% Confidence interval and Multiple Logistic Regression.

Results: The factors that showed significant relationship to decision making in non-dialytic patients are: Age over 65 years(Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35], p -value=0.001) Single/Divorced/Separated status(Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58], p -value=0.003), Patients under universal health coverage scheme(Adjusted OR = 35.02 [95% CI: 1.46-838.45], p -value=0.028), Small household spaces(Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20], p -value= 0.041), Lack of private



vehicles(Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38], p-value=0.022), Perceive that dialysis will worsen quality of life(Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40], p-value=0.048), Perceive that dialysis will shorten one's life(Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75], p-value=0.014,). Concerning about local needs and problems, more action researches about care system for non-dialytic chronic kidney disease stage 5 patients should be established.

Key word: Factors, Non-dialysis

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นปัญหาต่อระบบบริการด้านสุขภาพ(ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) โดยโรคไตวายเรื้อรังจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 16 ของโลก(Chen et al., 2019) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา(Cueto-Manzano et al., 2014)

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ดำเนินโครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Thai-SEEK study: Screening and Early Evaluation of Kidney Disease study)ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยสุ่มตัวอย่างประชากรจาก 10 จังหวัด จากทุกภาคทั่วประเทศไทย จำนวน 3,459 คน ตรวจพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ทั้งหมด ร้อยละ 17.5 ของประชากร โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้จำนวนกว่า 2 แสนคน(Ingsathit et al., 2010) ตามแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ของประเทศไทยนั้นมีการรักษาหลักคือ การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) ซึ่งมี 2 วิธี คือ การฟอกไตและการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการรักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไต (Non-dialysis treatment) โดยมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์แก่กายและใจของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีนโยบายการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Fourth option) เกิดขึ้นในปี 2560(สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตประมาณถึง 1,300 คนต่อประชากร 1 ล้านคนและคาดว่าจะควรเพิ่มเป็นประมาณ 1,400-1,500 คนต่อประชากร 1 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2561 หรือ

คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงเป็นเงินประมาณ 18,000 และ 20,000 ล้านบาทต่อปีตามลำดับ(เกรียง ตั้งสงาม et al., 2562) จาก “นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) ได้ประกาศมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 ตุลาคม 2550 โดยให้เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป นโยบายรัฐให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ใช้สิทธิบัตรทอง จะได้รับการล้างไตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยให้เลือกการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก กรณีที่ทำการล้างไตทางช่องท้องไม่ได้ ให้ทำการล้างไตทางหลอดเลือดแทนและทุกรายมีสิทธิทำ KT(รายที่มีข้อบ่งชี้) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นโยบายนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึง ซึ่งวิธีล้างไตผ่านช่องท้องนับเป็นการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เป็นมาตรฐาน ประหยัดใช้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มากและผู้ป่วยสามารถล้างไตได้เองที่บ้าน ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ (ทวี ศิริวงศ์, 2555) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตสามารถยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไตจะลดลง การดูแลแบบประคับประคองอาจส่งผลดีมากกว่า(Chandna et al., 2011) ในต่างประเทศ NICE guideline (National Institute for Health and Clinical Excellence guideline) ได้จัดการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย(Tomson & Duffy, 2019) มีการศึกษาแบบ systematic review รายงานว่า ค่ากลางอายุคาด (life expectancy) ของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตอยู่ระหว่าง 6.3 เดือน ถึง 23.4 เดือน(O'Connor & Kumar, 2012) โดยการรักษาแบบไม่ฟอกไตเป็นการดูแลรักษาที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (supportive care) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุม

อาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานไตในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพทางจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการดูแลประคับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล (Murtagh et al., 2009) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งที่ปฏิเสธการฟอกไตและเข้ารับการรักษาแบบไม่ฟอกไตเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ดังนั้นการนำเสนอเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังไม่ใช่ภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมบูรณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตคืออีกส่วนที่สำคัญที่ควรได้รับการเก็บรวบรวมเป็นภาพรวมของประเทศ เพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (อานวยพร แดงสีบัว et al., 2558)

ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในปี พุทธศักราช 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด รองลงมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างตามลำดับ และพบว่ามีแนวโน้มความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี พุทธศักราช 2560-2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 6,683 คน, 8,775 คน และ 8,938 คน ตามลำดับ ในปีพุทธศักราช 2561 มีรายงานอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังพบมากเป็นลำดับที่ 1 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564)

โรงพยาบาลยางตลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีการจัดตั้งคลินิกโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ปี พุทธศักราช 2552 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยในคลินิกทั้งหมดประมาณ 1,200 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยจากสถิติพบว่า จากปีพุทธศักราช 2560-2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกฟอกไต จำนวน 115 คน, 137 คน, 150 คน และ 171 คน ตามลำดับ และสถิติของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกไม่ฟอกไต จำนวน 76 คน, 90 คน, 72 คน และ 93 คน ตามลำดับ

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) ซึ่งเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งสองทางเลือก ดังนั้นนอกเหนือจากการศึกษาข้อมูลปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจฟอกไตที่ผ่านมาแล้วนั้น การศึกษาเพิ่มเติมเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตจึงมีความสำคัญเช่นกันในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทั้งสองมิติให้สมบูรณ์ เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ถึงแม้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกปฏิเสธฟอกไตมาบางพื้นที่ในประเทศไทยแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกปฏิเสธฟอกไตอย่างแพร่หลายในบริบทของพื้นที่ภาคอีสาน ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในเรื่องนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (case-control study) โดยกำหนดให้ case คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตและ control คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ตัดสินใจฟอกไต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ และเข้ารับการรักษาในระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนเมษายน 2564 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวนทั้งหมด 104 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์



2. เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออกและมีระดับการรู้สึกรู้ตัวดี สามารถสื่อสารได้

3. ผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการด้านการเรียนรู้และสติปัญญา หรือความพิการด้านการได้ยินและการสื่อความหมาย หรือความพิการด้านการมองเห็น

4. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

5. ผู้ป่วยที่มีอาการโรคไตเรื้อรังไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภททุกประเภท

การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Time frame allocation sampling กำหนดขนาดตัวอย่างจากการทำ pilot study ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไต จากนั้นเลือกขนาดตัวอย่างที่สามารถเก็บข้อมูลได้จริงในจำนวนที่มากที่สุดเท่าที่จะเก็บตัวอย่างได้ โดยเลือกปัจจัยด้านครอบครัวและเศรษฐกิจในการคำนวณขนาดตัวอย่าง แล้วแทนค่าในสูตรโปรแกรม n4 Studies (Ngamjarus et al., 2016) ได้ ขนาดตัวอย่าง (Sample size) = 104 ราย (case = 52, control = 52)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปรนัย เป็นคำถามให้เลือกตอบ (Multiple choice questions) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฟอกไตหรือปฏิเสธฟอกไต ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสุขภาพบุคคล ปัจจัยด้าน

ครอบครัวและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเรื่องโรคไต ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความเชื่อจิตวิญญาณ ทั้งหมด 23 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คำนวณค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุ ประสงค์ (IOC หรือ Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.8-1 ทดสอบคุณภาพและความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.815

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Frequency, Percentage, Mean (Standard deviation), ค่าต่ำสุด (Min), ค่าสูงสุด (Max) สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Odds ratio (OR), 95% Confidence interval, Multiple Logistic Regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขการรับรองที่ 003/2564

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 104 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 57.7 และ 42.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 61.4 ปี อายุมากที่สุดคือ 78 ปี อายุน้อยสุดคือ 41 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.0 และส่วนใหญ่เป็นสิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 92.8

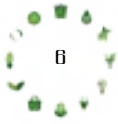
ส่วนที่ 2 การนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) พบมีทั้งหมด 11 ตัวแปร ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (COR=9.67 [95%CI: 3.52-26.58], p <0.001), การศึกษาระดับประถมศึกษา (COR=3.60 [95%CI: 1.08-12.04], p =0.038), สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (COR=3.50 [95%CI: 1.42-8.66], p =0.007), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (COR=4.18 [95%CI: 1.40-12.48], p =0.010), ปัจจัยการมีโรคร่วม 1 โรคหรือไม่มีโรคร่วม (COR=2.36 [95%CI: 1.08-5.19], p =0.032), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (COR=3.13 [95%CI: 1.03-9.56], p <0.001) และการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล (COR=9.40 [95%CI: 3.22-27.41], p <0.001), ปัจจัยด้านทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (COR=25.00 [95%CI: 5.50-113.65], p <0.001) ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (COR=8.06 [95%CI: 2.76-23.52], p <0.001) ทัศนคติเรื่องเคยมีประสบการณ์เห็นคนฟอกไตแล้วมีชีวิตที่ไม่ดีขึ้น (COR=4.90 [95%CI: 2.03-11.80], p =0.001) และทัศนคติเรื่องความรู้สึกไม่กลัวการฟอกไต (COR=4.20 [95%CI: 1.80-9.79], p =0.001) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการ

รับรู้ข้อมูลเรื่องโรคไตและปัจจัยด้านความเชื่อจิตวิญญาณ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05)

จากนั้นนำตัวแปรที่ได้ทั้งหมด 11 ตัวแปร มาควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ โดยการวิเคราะห์สถิติแบบพหุคูณลอจิสติก (Multiple Logistic Regression) แสดงขนาดความสัมพันธ์ควบคุมผลจากทุกตัวแปร เป็นค่า Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีทั้งสิ้น 7 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35], p -value=0.001), สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58], p -value=0.003), สิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Adjusted OR = 35.02 [95%CI: 1.46-838.45], p -value=0.028), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ (Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20], p -value=0.041), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทางเรื่องการไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล (Adjusted OR = 9.06 [95%CI: 1.38-59.38], p -value=0.022), ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น (Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3,629.40], p -value=0.048), ทัศนคติเรื่องการเลือกฟอกไตทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1,280.75], p -value=0.014) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธฟอกไต

ปัจจัย	ผู้ป่วยปฏิเสธฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเลือกฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ข้อมูลทั่วไป						
อายุ						
อายุ 0-65 ปี	23(44.2)	46(88.5)	1.00			
อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป	29(55.8)	6(11.5)	9.67 (3.52-26.58)	<0.001	37.87(4.26-336.35)	0.001
ระดับการศึกษา						
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	4(7.8)	12(23.1)	1.00			
ระดับประถมศึกษา	48(92.3)	40(76.9)	3.60(1.08-12.04)	0.038	7.94(0.71-89.47)	0.093
สถานภาพ						



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธฟอกไต

ปัจจัย	ผู้ป่วยปฏิเสธฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเลือกฟอกไต N=52 (ร้อยละ)	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
สมรส	30(57.7)	43(82.7)	1.00			
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22(42.3)	9(17.3)	3.50(1.42-8.66)	0.007	23.21(3.02-178.58)	0.003
สิทธิการรักษาพยาบาล						
เบิกจ่ายตรง/ประกันสังคม/อื่นๆ	7(9.6)	16(30.8)	1.00			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47(90.4)	36(69.2)	4.18(1.40-12.48)	0.010	35.02(1.46-838.45)	0.028
ปัจจัยด้านสุขภาพบุคคล						
โรคร่วมในช่วงที่ทำหัตถการไต						
เลือกวิธีการรักษา						
โรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	20(38.5)	31(59.6)	1.00			
ไม่มีโรคร่วมหรือโรคร่วม 1 โรค	32(61.5)	21(40.4)	2.36(1.08-5.19)	0.032	2.36(0.43-12.91)	0.322
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง						
พื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้าน						
ไม่คับแคบ	39(75.0)	47(90.4)	1.00			
คับแคบ	13(25.0)	5(9.6)	3.13(1.03-9.56)	0.045	6.70(1.08-45.20)	0.041
การมีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล						
มีรถส่วนตัว	47(90.4)	26(50.0)	1.00			
ไม่มีรถส่วนตัว	5(9.6)	26(50.0)	9.40(3.22-27.41)	<0.001	9.06(1.38-59.38)	0.022
ปัจจัยด้านทัศนคติ						
ทัศนคติเรื่องคุณภาพชีวิตหลังการฟอกไต						
คุณภาพชีวิตดีขึ้น	26(50)	50(96.2)	1.00			
คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น	26(50)	2(3.8)	25.00(5.50-113.7)	<0.001	61.56(1.05-3629.4)	0.048
ทัศนคติเรื่องถ้าเลือกฟอกไตจะทำให้ท่านเสียชีวิตเร็วขึ้น						
ไม่ใช่	28(53.8)	47(90.4)	1.00			
ใช่	24(46.2)	5(9.6)	8.06(2.76-23.52)	<0.001	53.76(2.26-1280.7)	0.014
ทัศนคติเรื่องเคยมีประสบการณ์เห็นคนฟอกไต แล้วมีชีวิตดีขึ้น						
ใช่	24(46.2)	42(80.8)	1.00			
ไม่ใช่	28(53.8)	10(19.2)	4.90(2.03-11.80)	<0.001	1.00(0.13-7.48)	0.999
ทัศนคติเรื่องความรู้สึกกลัวการฟอกไต						
รู้สึกกลัว	40(76.9)	23(44.2)	1.00			
ไม่รู้สึกกลัว	12(23.1)	29(55.8)	4.20(1.80-9.79)	0.001	2.96(0.63-13.91)	0.169
เชื่อ	9(17.3)	10(19.2)	0.88(0.36-2.38)	0.800		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปฏิเสธฟอกไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 มีทั้งหมด 7 ปัจจัย อภิปรายผลได้ดังนี้

1.อายุมากกว่า 65 ปี (Adjusted OR = 37.87 [95%CI: 4.26-336.35], p-value=0.001) อายุที่มากขึ้นส่งผลโดยตรงต่อการเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย โดยผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 5 ที่สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มการทำงานไตเสื่อมลงมากกว่าวัยหนุ่มสาว(วิธดา อรรถเมธากุล & วรรณ ศรีวิสัย, 2013) อายุจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจเลือกการรักษาของตนเอง การศึกษาของ ญานิศา สุริยะ บันเทิงและคณะ(2563) พบว่าเหตุผลที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ส่วนใหญ่คืออายุมาก และไม่มีคนดูแล(ญานิศา สุริยะบรรเทิง & ภักวีร์ นา คะวีโร, 2563) การศึกษาของจักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช และคณะ(2563)ได้ ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่าง ผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษ ด้วยวิธีการล้างไต พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชนบทส่วนใหญ่มักปฏิเสธการล้างไตต่อแม้ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือ การมีอายุมากกว่า การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากกว่า ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแล(จักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช et al., 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ อภิวัฒน์นาร และคณะ(2561) เรื่องปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไตเพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุมากกว่า 65ปี (AOR) = 3.00 [95%CI: 1.67-5.39], $p < .001$ (อภิรติ อภิวัฒน์นาร & ชิตชนก เรือนก้อน, 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwok และคณะ(2016) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ในการตัดสินใจเลือกฟอกไตหรือไม่ฟอกไตนั้นขึ้นอยู่กั อายุ เพศ โรค ร่วม การช่วยเหลือตนเอง เศรษฐกิจ โดยอธิบายเพิ่มเติมในงานวิจัยว่า การฟอกไตจะได้รับผลประโยชน์น้อยลงในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี ที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Kwok et al., 2016) การศึกษาของ Da Silva-Gane M และคณะ (2012) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากและมีโรคร่วม

หลายโรคหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ประโยชน์ของการบำบัดทดแทนไตจะลดลง การดูแลแบบประคับประคอง(supportive non - dialysis care) อาจส่งผลดีมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกวิธีการรักษาด้วยการฟอกไต(Da Silva-Gane et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไต้หวันของ Pei-Chun Chiang และคณะ (2016) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกการฟอกไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้แก่ อายุ น้อย ระดับการศึกษาที่สูงและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตนเองได้ดี (Pei-Chun Chiang et al., 2016)

2.สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

(Adjusted OR = 23.21 [95%CI: 3.02-178.58], p-value 0.003) การศึกษาของจักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช และคณะ(2563) ได้ ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่าง ผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษ ด้วยวิธีการล้างไต พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจดังกล่าว คือการมีคู่สมรสเสียชีวิต(จักรพงษ์ เสงตระกูลเวนิช et al., 2563)และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรติ อภิวัฒน์นาร และคณะ(2561) พบว่าปัจจัยที่มีผลลดการปฏิเสธการฟอกไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพแต่งงาน (COR=0.62 [95%CI: 0.39-0.98], $p=0.040$) (อภิรติ อภิวัฒน์นาร & ชิตชนก เรือนก้อน, 2018)

3.สิทธิ์การรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า (Adjusted OR = 35.02 [95% CI: 1.46-838.45], p-value=0.028) เนื่องจากรัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างของเสียออกทางเยื่อช่องท้อง หรือ “PD-First Policy” สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้มีความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรได้รับการรักษาดังกล่าว และสถิติความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศ ไทยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) แต่จากรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่



เลือกฟอกไตในปีพุทธศักราช 2560-2563 มีจำนวน 115 คน, 137 คน, 150 คน และ 171 คน ตามลำดับ และสถิติของผู้ป่วยที่เลือกปฏิเสธฟอกไต จากปี พุทธศักราช 2560-2563 มีจำนวน 76 คน, 90 คน, 72 คน และ 93 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) ซึ่งเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบฟอกไตและไม่ฟอกไตของผู้รับบริการมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งสองทางเลือก จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มที่ใช้สิทธิ์การรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทั้งหมด 83 คน จากจำนวนทั้งหมด 104 คน มีกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกปฏิเสธฟอกไตจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 และกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกฟอกไตจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 จะเห็นได้ว่าสิทธิ์การรักษาพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

4.พื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ(Adjusted OR = 6.70 [95%CI: 1.08-45.20], p-value 0.041) การเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องเตรียมสถานที่ให้พร้อมก่อนรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้ ความสะอาดบ้านทั่วไป บริเวณสำหรับเปลี่ยนน้ำยาสะอาดโดยควรจัดพื้นที่แยกเป็นสัดส่วนหรือเป็นห้อง อากาศถ่ายเทสะดวกมีแสงแดดส่องถึง ห้องน้ำสะอาด มีถังขยะไว้รองรับน้ำยาที่ใช้แล้ว ไม่มีสัตว์เลี้ยงบริเวณที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา มีแหล่งน้ำสะอาด มีอ่างล้างมือและก๊อกน้ำ(วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล et al., 2557) ซึ่งจากหลักการดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพื้นที่ใช้สอยบริเวณบ้านคับแคบ ทำให้ไม่สะดวกในการจัดสรรพื้นที่ดังกล่าวได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

5.การไม่มีรถส่วนตัวที่ใช้โดยสารมาโรงพยาบาล(Adjusted OR = 9.06 [95% CI: 1.38-59.38], p-value=0.022) การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ของ Morton RL และคณะ(2012)พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเลือกฟอกไตมากกว่า ถ้าได้รับการสนับสนุนเรื่องการเดินทาง และพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตมากกว่าแบบฟอกไตเมื่อต้องเพิ่มจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลและเมื่อมีข้อจำกัดในการเดินทางมากขึ้น (Rachael L. Morton et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ ของ Chanouzas และคณะ(2012) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะห่างระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานพยาบาล ความสามารถในการดูแลและจัดการตนเอง ความเหมาะสมของวิธีการรักษากับวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพเศรษฐกิจสังคม ดังนั้นปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมและการเดินทางจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (Chanouzas et al., 2012)

6.ทัศนคติเรื่องการรักษาฟอกไตทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น(Adjusted OR = 61.56 [95%CI: 1.05-3629.40], p-value=0.048) ปัจจัยเรื่องแนวคิดและทัศนคตินั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ล้วนมีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาแตกต่างกันทำให้การเลือกวิธีการรักษาแตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี อภิวัฒน์นกร และคณะ(2562) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าการฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่ กลุ่มนี้มีความเห็นว่า การมีชีวิตอยู่ต่อเป็นความทรมานอย่างหนึ่ง มีความท้อแท้หมดหวังหมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ประกอบอาชีพไม่ได้แล้ว เป็นภาระให้กับครอบครัวด้วย แม้กลุ่มตัวอย่างทราบดีว่าการฟอกไตเป็นวิธีที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงไม่ใช่วางเลือกที่ดีและมีรูปแบบการให้ความหมายโดยผ่านความเชื่อ ประสบการณ์ และบริบทของ แต่ละบุคคล 5 รูปแบบ ได้แก่ การฟอกไตบ่งชี้ถึงการเดินทางสู่ความตาย การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิง การฟอกไตลดทอนความสามารถในการดูแลครอบครัว การฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการ และการฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่(อภิรดี อภิวัฒน์นกร & ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2562)

7.ทัศนคติเรื่องการรักษาฟอกไตจะทำให้ท่านเสียชีวิตเร็วขึ้น(Adjusted OR = 53.76 [95%CI: 2.26-1280.75], p-value=0.014) การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ของ Morton RL และคณะ(2010) เรื่องทัศนคติของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรังมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติและ

ปัจจัยที่มีผลในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาแบบ systematic review โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมด 18 งานวิจัย ซึ่งมีรายงานวิจัยที่การเลือกฟอกไตทั้งหมด 14 รายงาน รายงานวิจัยที่การเลือกเปลี่ยนถ่ายไตทั้งหมด 3 รายงาน และรายงานวิจัยที่การเลือกประคับประคองทั้งหมด 1 รายงาน ผลการวิจัยสรุปได้ว่าทัศนคติในการตัดสินใจเลือกการรักษาโรคไตเรื้อรัง มีทั้งหมด 4 แนวคิด ได้แก่ 1.การเผชิญหน้ากับความตาย(การเลือกมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือการเลือกจะเสียชีวิต การมีชีวิตอยู่แบบเป็นภาระ การมีชีวิตอยู่แบบความไม่แน่นอน) 2.การไม่มีทางเลือกในการรักษา(การรักษาตามหลักการแพทย์ที่มีอยู่ การไม่ได้รับข้อมูลการรักษาการมีแหล่งทรัพยากรที่จำกัด) 3.การได้รับความรู้เรื่องทางเลือกการรักษา(การรับข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมาก่อน ระยะเวลาในการตัดสินใจและเลือกการรักษา) และ 4.การเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียในการรักษาแบบอื่นๆ (การคงสภาพของวิถีชีวิตเดิม อิทธิพลของครอบครัว การคงสภาพของสถานะสุขภาพของตนเอง)(R. L. Morton et al., 2010) การศึกษาในประเทศแคนาดา ของ Harwood L และคณะ(2014) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ปฏิเสธการฟอกไตและมีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ ความเชื่อ ประสบการณ์ที่ผ่านมา คุณค่าในชีวิต ผู้ป่วยไม่อยากจะฟอกไต (Harwood & Clark, 2014) ในประเทศไทยมีการศึกษาของ อำนวยพร แดงสีบัว และคณะ(2558) พบว่ามีจำนวนหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ระบุเหตุผลของการเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วย เช่น เพราะอายุมากแล้ว กลัวการฟอกไต กลัวว่าจะฟอกไตไม่เป็น ไม่อยากตายในโรงพยาบาลหรือยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องฟอกไต(อำนวยการ แดงสีบัว et al., 2558) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรัตน์ อภิวัฒน์นกร และคณะ(2562) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถอธิบายโรคไตวายเรื้อรังและการฟอกไตตามหลักทางชีวการแพทย์ได้ แต่

มีรูปแบบการให้ความหมายโดยผ่านความเชื่อประสบการณ์ และบริบทของแต่ละบุคคล ในความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตวายและการฟอกไตหมายถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นภาวะที่น่ากลัว ทุกข์ทรมานและถึงแก่ชีวิตได้อย่างรวดเร็ว คำอธิบายรูปแบบนี้มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ 1. การตายเป็นเรื่องธรรมดา ในกลุ่มนี้จะมีแนวคิด ที่เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา จึงยอมรับสภาวะที่เกิดขึ้น ดังคำที่สะท้อนความหมายดังกล่าวต่อไปนี้ “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ทุกคน” “ใช้ชีวิตมานาน คຸ້ມค่าแล้ว” “เอาแต่บุญแต่วาสนาว่า” “การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเกิดขึ้น แล้วก็ให้มันเป็นไป” เมื่อแพทย์แจ้งให้ฟอกไตคล้ายเตือนว่าเวลาของชีวิตเหลือน้อยแล้ว การเลือกฟอกไตหรือไม่ฟอกก็ ตาม ในท้ายที่สุดก็ต้องตายเหมือนกันอยู่ดี จึงเลือกที่จะไม่ฟอกไตและรองกันว่า จะจากไปเมื่อถึงเวลาอันสมควร 2. การฟอกไตเร่งสภาวะการตาย ในกลุ่มนี้ให้ ความหมายผ่านประสบการณ์ที่รับมาจากญาติ คนรู้จัก หรือผู้ที่อยู่ภายในชุมชนเดียวกันที่เป็นทุกข์กับการเป็นโรคไตและฟอกไต หรือพบว่า มีคนที่ตายในช่วงที่ฟอกไต ในขณะที่ผู้ที่ไม่ฟอกไตนั้น กลับยังคงมีชีวิตอยู่ และพบว่าในชุมชนมีผู้ที่ฟอกไตเสียชีวิตหมดหรือยังอยู่เพียงน้อยนิด กลุ่มนี้จะตัดสินใจปฏิเสธการฟอกไตมาแล้วก่อนมารับค่าปรึกษาแนะนำเรื่องการฟอกไต(อภิรัตน์ อภิวัฒน์นกร & ศศิธรไชยประสิทธิ์, 2562)

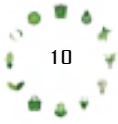
ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.สนับสนุนการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการฟอกไต โดยดูแลร่วมกับทีมการรักษาแบบประคับประคอง และทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

2.สนับสนุนโครงการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการทำ Advanced care plan(ACP)ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธการฟอกไต

3.สนับสนุนโครงการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อจัดแนวทางการรักษาให้เป็นไปตามนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างของเสีย



ออกทางเยื่อปัสสาวะ หรือ “PD-First Policy” สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่มีข้อห้ามในการฟอกไต

4.สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณให้โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังทุกระยะและมีการติดตามประเมินผลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงการศึกษาวิจัยในอนาคต

1.เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพียงเขตพื้นที่เดียว ดังนั้นควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่แท้จริงจากหลาย ๆ พื้นที่

2.ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการตัดสินใจปฏิเสธฟอกไตในกลุ่มประชากรที่อายุมากกว่าอายุ 75 ปี โดยการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นตัวแทนในกลุ่มผู้สูงอายุ

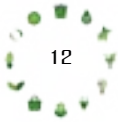
3.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มประชากรโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อศึกษาทัศนคติ วิถีชีวิต อุปสรรคในการดูแลในบริบทของภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศไทย

4.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ปฏิเสธฟอกไต โดยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- Chandna, S. M., Da Silva-Gane, M., Marshall, C., Warwicker, P., Greenwood, R. N., & Farrington, K. (2011). Survival of elderly patients with stage 5 CKD: Comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(5), 1608–1614. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq630>
- Chanouzas, D., Ng, K. P., Fallouh, B., & Baharani, J. (2012). What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(4), 1542–1547. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr452>
- Chen, T. K., Knicely, D. H., & Grams, M. E. (2019). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. *JAMA*, 322(13), 1294–1304. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Cueto-Manzano, A. M., Cortés-Sanabria, L., Martínez-Ramírez, H. R., Rojas-Campos, E., Gómez-Navarro, B., & Castellero-Manzano, M. (2014). Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Archives of Medical Research*, 45(6), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2014.06.007>
- Da Silva-Gane, M., Wellsted, D., Greenshields, H., Norton, S., Chandna, S. M., & Farrington, K. (2012). Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 7(12), 2002–2009. <https://doi.org/10.2215/CJN.01130112>
- Harwood, L., & Clark, A. M. (2014). Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3378–3390. <https://doi.org/10.1111/jocn.12582>
- Ingsathit, A., Thakkestian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseeni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavanant, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., & Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567–1575. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669>
- Kwok, W. H., Yong, S. P., & Kwok, O. L. (2016). Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease:

- Comparison of renal replacement therapy and conservative management. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 19, 42–56. <https://doi.org/10.1016/j.hkjin.2016.04.002>
- Morton, R. L., Tong, A., Howard, K., Snelling, P., & Webster, A. C. (2010). The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. In *BMJ (Online)* (Vol. 340, Issue 7742, p. 350). <https://doi.org/10.1136/bmj.c112>
- Morton, Rachael L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ*, 184(5), E277–E283. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111355>
- Murtagh, F. E. M., Spagnolo, A. G., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2009). Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. In *Progress in Palliative Care* (Vol. 17, Issue 4, pp. 179–185). Routledge. <https://doi.org/10.1179/096992609X12455871937143>
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). N4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.
- O'Connor, N. R., & Kumar, P. (2012). Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 228–235. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0207>
- Pei-Chun Chiang, Hou, J.-J., Jong, I.-C., Hung, P.-H., Chih-Yen Hsiao, Tsung-Liang Ma, & Yueh-Han Hsu. (2016). Factors Associated with the Choice of Peritoneal Dialysis in Patients with End-Stage Renal Disease. *BioMed Research International*, 2016(1), 1–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799809/>
- Tomson, C., & Duffy, S. (2019). Management of chronic kidney disease. *Medicine (United Kingdom)*, 47(9), 567–575. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.06.011>
- เกรียง ตั้งสง่า,ธีรวัฒน์ ธนยานนท์,เมธี จันทร์พิทักษ์กุล,ธีรยุทธ เจียมจริยาภรณ์,มรกต สมพันธ์,&ศัลยเวทย์ เลขากุล. (2562). การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอำเภอ และโดยพยาบาลชุมชน ของ รพ.สต.” (ธีรวัฒน์ ธนยานนท์ (ed.); 1st ed.). สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์.
- จักรพงษ์ เสงตะกุลเวนิช,กนกวรรณ พรหมชาติ,สุชัญญา พรหมนิ่ม,นภาพร บุญยีน,จิตาพร อินทพงษ์,ภัทราภรณ์ มีศิริ,วินัย สีสมิตร,&เกรียง ตั้งสง่า. (2563). การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(4), 111–121.
- ญาณิศา สุริยะบรรเทิง,&ภักวีร์ นาคะวิโร. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10, 49–60.
- ทวี ศิริวงศ์. (2555). PD First Policy. In *กรุงเทพมหานคร*.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services*, 40(5), 5–18.
- วานีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล,สกวดี ดอกเทียน,ชนัญทิพย์ เรียงวิโรจน์กิจ,ปัญญภัตต์ ปานจันทร์,&ปัทมา เต็มบุญ. (2557). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับประชาชน* (1st ed., Vol. 60).



<https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/2557-63628961>

- วิธดา อรรถเมธากุล, & วรณีย์ ศรีวิสัย. (2013). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*, 7(2), 18–28.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560* (1st ed.). บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชันจำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2564). *HDC - Dashboard*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์. <https://hdc2.kalasin.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง* (1st ed.). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อภิรดี อภิวัฒน์นาร, & ชิดชนก เรือนก้อน. (2018). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรธานี. *Boromajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10(2), 29–43.
- อภิรดี อภิวัฒน์นาร, & ศศิธร ไชยประสิทธิ์. (2562). การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 546–551.
- อำนวยการ แดงสีบัว, อัจฉราวรรณ โตภาคนาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, & จุฬารณ ลิ้มวัฒนานนท์. (2558). การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่เลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต. *Journal of Health System Research*, 9 (2) , 1 8 1 –1 9 2 . http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4288/hsri_journal_v9n2_p181.pdf?sequence=1&isAllowed=y