

การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์

อภิรดี อภิวัฒน์นากอร์¹, ศศิธร ไชยประสิทธิ์²

¹บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Renal Dialysis Refusal in End-Stage Renal Disease Patients Under Universal Health Coverage Scheme in Uttaradit Province

Apiradee Apiwatnakorn¹, Sasitorn Chairasitt²

¹Graduate School, Chiang Mai University

²Community Dentistry Department, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

หลักการและวัตถุประสงค์: ในปีพ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์เกือบครึ่งหนึ่งปฏิเสธการฟอกไตหลังเข้ารับการรักษา การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการปฏิเสธฟอกไตในมุมมองของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต 36 ราย โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างจากแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ณ ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2561 วิเคราะห์ผลด้วย content analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถอธิบายโรคไตวายเรื้อรังและการฟอกไตตามหลักทางชีวการแพทย์ได้ แต่มีรูปแบบการให้ความหมายโดยผ่านความเชื่อ ประสบการณ์ และบริบทของแต่ละบุคคล 5 รูปแบบ ได้แก่ การฟอกไตบ่งชี้ถึงการเดินทางสู่ความตาย การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิง การฟอกไตลดทอนความสามารถในการดูแลครอบครัว การฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการ และการฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่

สรุป: ผู้ป่วยมองการฟอกไตในมุมที่มากกว่าการรักษา มองหลายมิติที่มีผลต่อการดำรงชีวิตในบริบทแวดล้อมที่มีข้อจำกัด ดังนั้นทีมสหวิชาชีพควรทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วย เคารพการตัดสินใจ และดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

คำสำคัญ: ปฏิเสธ, ฟอกไต, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Background and Objective: Almost half of end-stage renal disease patients under universal health coverage scheme in Uttaradit province rejected dialysis despite receiving counseling from the multidisciplinary team from 2015 to 2017, which has been a barrier to treatment. This study aimed to understand patient decision making regarding dialysis rejection.

Methods: A qualitative study was then conducted based on semi-structure in-depth interviews with explanatory model and non-participatory observation with 36 ESRD (End-Stage Renal Disease) patients under universal coverage scheme who rejected dialysis in Kidney Disease Center at Uttaradit hospital during January to March 2018. These data were examined using content analysis.

Results: Most patients could not describe chronic kidney disease and dialysis based on biomedical knowledge. However, patients had a model of thinking, definition and the decision to reject dialysis based on their beliefs, experience and individual context. There were five explanatory models, which were; dialysis indicated impending death, dialysis made independent life impossible, dialysis reduced the ability to care for their family, dialysis was a shackle, and dialysis decreased the remaining quality of life.

Conclusion: Patients' views, dialysis is not just a treatment but it is linked to living and context with constraints. So the multidisciplinary team should understand, respect the decision of the patients and treat patients holistically.

Keyword: Refusal, Dialysis, End-Stage Renal Disease

ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6): 546-551. • Srinagarind Med J 2019; 34(6): 546-551.

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และสำคัญของสาธารณสุขไทย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำ มีอัตราการเสียชีวิตสูง และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสูงมาก¹ จากข้อมูลของกรมอนามัยปี พ.ศ.2557 พบคนไทยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร เพิ่มขึ้นปีละกว่า 7,800 ราย โดยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 2 แสนราย ในการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) จะใช้วิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)¹ ซึ่งสามารถยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive non-dialysis care) อาจส่งผลดีมากกว่า^{2,3} อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการรับบำบัดทดแทนไต โดยทีมบุคลากรทางการแพทย์⁴ อุปสรรคสำคัญต่อการรักษาในไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธการทำบำบัดทดแทนไต⁵

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2560 จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนทั้งหมด 336 ราย สามารถทำบำบัดทดแทนไตได้ คือการฟอกไต 2 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ จากข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 หลังการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการรักษาด้วยวิธีฟอกไตจากทีมสหวิชาชีพ มีผู้ป่วยเลือกฟอกไตร้อยละ 44.74, 48.63 และ 44.98 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถรักษาแบบประคับประคองได้สำเร็จ เมื่ออาการแยลงจึงกลับมาเลือกฟอกไตโดยไม่มีการเตรียมตัว หรือเตรียมพร้อมผู้ป่วยล่าช้าจากการรอเวลาตัดสินใจ ทำให้เข้ารับการฟอกไตแบบฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่า และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัว รวมถึงมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและภาระในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย^{6,7}

การทำความเข้าใจและศึกษาว่าเหตุใดผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหญ่คิดเป็นร้อยละ 93.92 ของผู้ป่วยที่ส่งให้คำแนะนำการฟอกไต ทั้งที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำบำบัดทดแทนไตตามสิทธิและเงื่อนไขของกองทุนในมุมมองของผู้ป่วยมีความจำเป็น โดยจะนำแบบจำลองการอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory Model) ของ Kleinman มาทำความเข้าใจในโรคและการรักษา หรือการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความแตกต่างจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ ขึ้นกับความเชื่อ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนนี้ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย รวมถึงแผนและเป้าหมายการรักษา^{8,9}

นอกจากนี้แนวคิดที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง โดยการใช้แนวคิดการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Shared decision making model) จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรค, การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อไปสู่เป้าหมายการรักษาที่วางไว้¹⁰⁻¹² ดังนั้นการทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและบริบทแวดล้อมจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกการรักษาของตัวผู้ป่วยเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการทำความเข้าใจเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามบริบทเฉพาะโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้การรับรองโครงการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่33/2560 ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แพทย์ส่งเข้ารับการรักษา แนะนำเรื่องการบำบัดทดแทนไต ณ ศูนย์โรคไต โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่เข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไตอย่างมีลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียน หรือผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการฟอกไตแล้วยังไม่ได้เริ่มกระบวนการเตรียมตัวฟอกไตหลังจากตัดสินใจแล้ว 1 ปี (2) ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟังและสนทนาได้ (3) ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้สัมภาษณ์ คือ ผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรประจำศูนย์โรคไต ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2561 ณ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง 1-2 ราย จากผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจตามนัด ณ ศูนย์โรคไตในวันที่ผู้วิจัยเข้ามาเก็บข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง บันทึกเสียงด้วยเครื่องอัดเสียง และบันทึกข้อมูลจากการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมลงในสมุดจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย นอกจากนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ญาติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต 3 ราย พยาบาล 4 ราย เภสัชกร 1 ราย นักโภชนาการ 1 ราย และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 ราย เพื่อใช้เปรียบเทียบในเชิงวิชาการแพทย์

แนวคำถาม ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นคำถามไว้ในลักษณะกึ่งโครงสร้าง ภายใต้แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาสังคม, แบบจำลองการอธิบาย และการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางไต และอาจารย์เชี่ยวชาญด้านสังคมศาสตร์ (2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการ

ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) จากข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง, ญาติของกลุ่มตัวอย่าง และเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพแบบ content analysis โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงมาถอดการสัมภาษณ์คำต่อคำ แล้วนำข้อมูลที่ได้ร่วมกับข้อมูลจากการสังเกตมาถอดความ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาในมุมมองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ประกอบด้วยผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 36 ราย เป็นเพศชาย 18 ราย และหญิง 18 ราย อายุ 48-90 ปี โดยอายุต่ำกว่า 65 ปีมี 10 ราย สถานภาพแต่งงานอยู่กับสามีหรือภรรยา 25 ราย หม้าย 10 ราย หย่า 1 ราย ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน 2 คนกับสามีหรือภรรยา มีลูกอาศัยอยู่ด้วย 13 ราย อยู่คนเดียว 1 ราย และมีภาระดูแลลูกหลาน 9 ราย, ประกอบอาชีพ 11 ราย ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร รองลงมาทำงานรับจ้าง, ทุกรายมีโรคร่วม ซึ่งโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และเกาต์ ระดับการช่วยเหลือตนเอง ส่วนใหญ่เดินได้และยังแข็งแรง ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 5 ราย และมีตามองเห็นเลือนราง 2 ราย, อาศัยอยู่ใน อ.เมือง 8 ราย อ.ทองแสนขัน 7 ราย อ.ลับแล 6 ราย อ.พิชัย 6 ราย อ.ตรอน 3 ราย อ.ท่าปลา 2 ราย อ.พาคท่า 1 ราย และ อ.ศรีสัชชนาลัย (จ.สุโขทัย) 1 ราย ฐานะครอบครัว ส่วนใหญ่ยากจน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย มีเพียง 3 ราย ที่ฐานะครอบครัวดี และเป็นโรคไตวายเรื้อรังมา 4 เดือน -8 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3-5 ปี

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องไตวายเรื้อรังและการฟอกไตซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายตามความรู้ทางวิชาการแพทย์จากเจ้าหน้าที่มาแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้คำอธิบายของโรคไตวายเรื้อรัง การฟอกไต สาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนได้ แต่มีข้อสงสัยคือ กลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายอาการที่ปรากฏชัดได้ คือ อาการบวม เนื่องจากเป็นอาการที่ชักนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยหอบ รวมทั้งสามารถอธิบายการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง มี 4 รายกล่าวถึงการแสวงการรักษาทางเลือกด้วยการรับประทานสมุนไพร ในส่วนของการฟอกไตทราบเพียงแต่ว่ามี 2 วิธี ได้แก่ การฟอกที่โรงพยาบาลหรือการฟอกเครื่องกับการฟอกที่บ้านหรือล้างหน้าท้อง ส่วนขั้นตอน ประโยชน์ และ ความแตกต่างไม่สามารถอธิบายได้ แต่ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มอธิบายความรู้เรื่องโรคและการฟอกไตดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะญาติที่ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างฟอกไต

ข้อค้นพบเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการฟอกไตพบว่าทีมสหวิชาชีพจะแนะนำการฟอกไตทั้ง 2 วิธี แต่จะเริ่มจากการล้างทางช่องท้องก่อน โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่ารักษาตามสิทธิ กลุ่มตัวอย่าง 33 รายตัดสินใจไม่ฟอกไตด้วยตัวเอง มีเพียง 3 ราย คือ ผู้ที่อายุ 90 ปี 2 รายที่ลูกเป็นผู้ตัดสินใจไม่ฟอกไต โดยให้ความเห็นว่าผู้ป่วยอายุมากแล้ว ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยลำบากในช่วงท้ายของชีวิต และการฟอกไตคงไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยไปได้อายวนาน เพราะมีประสบการณ์ญาติที่ได้รับ

การฟอกไตเสียชีวิต และอีก 1 รายที่สามีทำงานนอกบ้านและลูกไม่อยู่ด้วย ญาติช่วยตัดสินใจไม่ฟอกไต เพราะไม่มีใครทำหน้าที่ฟอกไตให้ และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถจำแนกรูปแบบการคิด การให้ความหมาย และการตัดสินใจปฏิเสธการฟอกไต ภายใต้แบบจำลองคำอธิบาย (Explanatory model) ได้ 5 รูปแบบ (ตารางที่ 1) ได้แก่

1. การฟอกไตบ่งชี้ถึงการเดินทางสู่ความตาย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังและการฟอกไตตามหลักทางวิชาการแพทย์ได้ ในความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตวายและการฟอกไตหมายถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นภาวะที่น่ากลัว ทุกข์ทรมานและถึงแก่ชีวิตได้อย่างรวดเร็ว คำอธิบายรูปแบบนี้มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1.1. การตายเป็นเรื่องธรรมดา ในกลุ่มนี้จะมีแนวคิดที่เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา จึงยอมรับสภาวะที่เกิดขึ้นดังคำที่สะท้อนความหมายดังกล่าวต่อไปนี้ “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ทุกคน” “ใช้ชีวิตมานาน คุ่มค่าแล้ว” “เอาแต่บุญแต่วาสนาว่า” “การเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเกิดขึ้นแล้วก็ให้มันเป็นไป” เมื่อแพทย์แจ้งให้ฟอกไตคล้ายเตือนว่าเวลาของชีวิตเหลือน้อยแล้ว การเลือกฟอกไตหรือไม่ฟอกก็ตาม ในท้ายที่สุดก็ต้องตายเหมือนกันอยู่ดี จึงเลือกที่จะไม่ฟอกไต และรองกันว่าจะจากไปเมื่อถึงเวลาอันสมควร

1.2 การฟอกไตเร่งสภาวะการตาย ในกลุ่มนี้ให้ความหมายผ่านประสบการณ์ที่รับมาจากญาติ คนรู้จัก หรือผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกันที่เป็นทุกข์กับการเป็นโรคไตและฟอกไต หรือพบว่ามีคนตายในช่วงที่ฟอกไต ในขณะที่ผู้ที่ไม่ฟอกไตนั้นกลับยังคงมีชีวิตอยู่ และพบว่าในชุมชนมีผู้ที่ฟอกไตเสียชีวิตหมดหรือยังอยู่เพียงน้อยนิด กลุ่มนี้จะตัดสินใจปฏิเสธการฟอกไตมาแล้วก่อนมารับคำปรึกษาแนะนำเรื่องการฟอกไต

2. การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มนี้เห็นว่าการฟอกไตเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ลำบาก มีความไม่เข้าใจในวิธีการและขั้นตอนของการฟอกไต ให้ความสำคัญกับข้อพิจารณาที่ว่าต้องมีผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องการคนรับ-ส่ง และดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล หรือผู้ให้ความช่วยเหลือล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้ดูแลต้องเสียสละทั้งเวลาและรายได้ที่เสียไปในระหว่างที่ต้องมาดูแล และรวมถึงการย้ายบ้านมาอยู่ด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระแก่ครอบครัวในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อครั้ง หรือทำห้องปลอดเชื้อเพื่อล้างทางช่องท้องที่บ้าน กลุ่มนี้จึงไม่ยอมให้ตนเองเป็นภาระของลูกหลาน ทั้งในเรื่องผู้ดูแลและค่าใช้จ่าย

3. การฟอกไตลดทอนความสามารถในการดูแลครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ความหมายการฟอกไตดังกล่าวโดยพิจารณาตามความรู้สึกว่าการฟอกไตทำให้อ่อนเพลีย เร็วแรงในการทำงานลดลง รวมทั้งต้องเสียเวลาที่ควรใช้ทำงานไปฟอกไต จึงมีความเห็นว่าทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวลดลง และจากประสบการณ์ที่พบผู้ป่วยฟอกไตไม่สามารถทำงานหนัก หรือทำงานสกปรกเสี่ยงกับการติดเชื้อ ทำให้กลัวขาดรายได้มาเลี้ยงครอบครัว

4. การฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องฟันทนทานการ นับตั้งแต่การมีสายหรือท่อฟอกไตอยู่ในร่างกายตลอดเวลา ทำแล้ว

ตารางที่ 1 จำนวนและลักษณะของผู้ป่วยในแบบจำลองคำอธิบาย 5 รูปแบบ

รูปแบบคำอธิบาย	จำนวน (ราย)	ลักษณะร่วมของผู้ป่วย
1.การฟอกไตบ่งชี้ถึงการเดินทางสู่ความตาย		
1.1 การตายเป็นเรื่องธรรมดา	13	ผู้สูงอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ไม่ประกอบอาชีพ ร่างกายยังแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ ในขณะที่สัมภาษณ์จะอารมณ์ดี พุดคุยโดยไม่มีอาการกังวลแสดงออกมา และไม่มีห่วงในชีวิตแล้วกับผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอาการร่วมที่รุนแรง คือ ตามองไม่เห็น 2 ราย
1.2 การฟอกไตเร่งสภาวะการตาย	23	มีทั้งอายุมากและอายุน้อยแต่มีลักษณะ โดยทุกรายจะเล่าประสบการณ์ของญาติ เพื่อน หรือคนในชุมชนที่ไม่อยากให้ฟอกไต หรือเสียชีวิตในช่วงฟอกไต ลักษณะยังแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ ในขณะที่พุดคุยในประเด็นการฟอกไตจะแสดงความกังวลออกมา และกลัวเสียชีวิต
2.การฟอกไตทำให้ชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิง	18	ผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย หากเป็นผู้ช่วยเหลือตัวเองได้จะเป็นผู้สูงอายุที่คนในบ้านอยู่ด้วยตลอดแต่ไม่สามารถดูแลฟอกไตให้ได้ เช่น สามี/ภรรยาอายุมาก หลานอายุน้อย ลูกต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือลูกแยกครอบครัวไปอยู่ต่างถิ่น ครอบครัวมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและหนี้สิน
3.การฟอกไตลดทอนความสามารถในการดูแลครอบครัว	12	อายุไม่เกิน 70 ปี ร่างกายยังแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน (เกษตรกรรม รับจ้าง ทำขนม) มีภาระในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งเสียลูกหลาน หรือบางคนมีหนี้สินส่วนตัว
4.การฟอกไตเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการ	8	ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร่างกายยังแข็งแรง เดินได้สะดวก มีความกังวลเกี่ยวกับการฟอกไต และไม่มีผู้ดูแล
5.การฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่	5	ชีวิตที่อยู่ในปัจจุบันโดยไม่ฟอกไตก็มีความอยากลำบากมากอยู่แล้วทั้งในสภาพร่างกายที่มีโรคหลายโรคและค่อนข้างรุนแรง รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านเศรษฐกิจและไม่มีผู้ดูแล

ร่างกายเปลี่ยนไปไม่สามารถเอาสิ่งเหล่านี้ออกได้ตลอดชีวิต ทำให้ชีวิตที่เคยเรียบง่าย เปลี่ยนเป็นยุ่งยากซับซ้อน และกระทบกับการดำเนินชีวิต เช่น ทำอาหารไม่ได้ เดินทางไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่กับบ้านเพราะกลัวการติดเชื้อ

5. การฟอกไตสัมพันธ์กับการให้คุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่ กลุ่มนี้มีความเห็นว่าการมีชีวิตอยู่ต่อเป็นความทรมาณอย่างหนึ่ง มีความท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ประกอบอาชีพไม่ได้แล้วเป็นภาระให้กับครอบครัวด้วย แม้กลุ่มตัวอย่างทราบดีว่าการฟอกไตเป็นวิธีที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยได้จึงไม่ใช่ทางเลือกที่ดี

วิจารณ์

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และการฟอกไตแตกต่างจากความรู้ทางวิชาการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ⁹ ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างจะบอกว่าไม่ทราบหมอ/พยาบาลไม่ได้บอก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และอาจมีภาวะ cognitive impairment ที่มักพบในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและจะเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ความเข้าใจความรู้ที่มีความซับซ้อนเป็นไปได้ยาก บางรายที่ตัดสินใจไม่ฟอกไตก่อนเข้ารับคำปรึกษาแนะนำให้ข้อมูลว่าไม่ค่อยสนใจหรือฟังการใช้ความรู้เรื่องฟอกไต แต่ทุกรายให้ข้อมูลถูกต้องว่าการควบคุมอาหารและรับประทานยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทำให้ไม่มีอาการผิดปกติ แสดงผลต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน จึงน่าจะทำให้ผู้ป่วยที่ยังไม่เคยเห็นผลเชิงประจักษ์

ว่าการฟอกไตคืออะไร เลือกที่จะควบคุมอาหารและรับประทานยาแทนการฟอกไต สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของนักโภชนาการในโรงพยาบาลว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ฟอกไตจะสนใจฟังและสอบถามเรื่องอาหารมากกว่าผู้ป่วยไตวายในกลุ่มอื่น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เภสัชกรในโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และบางรายมีการแสวงหาหา สมุนไพรที่ได้รับทราบมาว่ารักษาโรคไตให้หายได้มาใช้แทนการฟอกไต ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจและอธิบายความรู้ต่างๆได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะญาติที่อายุน้อย และต้องการให้ฟอกไต

จากแบบจำลองคำอธิบายที่ได้ ทำให้เข้าใจ กระบวนการคิด การให้ความหมาย และการตัดสินใจไม่ฟอกไตของกลุ่มตัวอย่างในมุมมองของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย อาจจะมีแบบจำลองคำอธิบายมากกว่า 1 รูปแบบ แสดงถึงความซับซ้อน ความสัมพันธ์ภายในตัวกลุ่มตัวอย่างและบริบทแวดล้อมในหลากหลายมิตินอกเหนือไปจากความรู้ความเข้าใจทางวิชาการแพทย์ สามารถนำมาอธิบายถึงสาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการฟอกไตได้ ดังนี้ (1) ความเชื่อ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการให้ความหมายผ่านประสบการณ์ที่มีอยู่ในหลายแบบจำลอง ซึ่งประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นในทางลบ กล่าวคือคนรู้จักที่ฟอกไตมักจะติดเชื้อ เสียชีวิต มีส่วนน้อยที่ยังคงมีชีวิตอยู่ ทำให้แบบจำลองที่ผู้ป่วยอธิบายมีการอธิบายแตกต่างจากองค์ความรู้ทางวิชาการแพทย์ ในแบบการฟอกไตเร่งสภาวะการตาย ซึ่งตามหลักวิชาการการฟอกไตเป็นวิธีรักษา¹ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวน่าจะเข้ารับการ

พอกไต ให้ร่างกายแข็งแรงและยืดอายุตนเองในการทำงาน การศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำงานจะเลือกการพอกไต^{12,13} แต่จากประสบการณ์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดตรงข้าม คือ เห็นคนพอกไตไม่สามารถทำงานต่อไป หรือมีข้อจำกัดในการทำงานบางอย่าง และกลัวการติดเชื้อ โดยมีความเชื่อว่าการพอกไตแล้วจะติดเชื้อง่ายทำให้เสียชีวิต การทำกิจกรรมถูกจำกัด เช่น การทำอาหาร การทำงาน งานสกปรกที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเข้าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ จะทำให้เข้าใจในตัวผู้ป่วยได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น (2) คุณค่าของชีวิต มีความรู้สึกตัวเองไร้ค่าช่วยเหลือตัวเองหรือทำงานไม่ได้ เป็นภาระให้คนรอบข้าง ทำให้ท้อแท้ในการจะมีชีวิตอยู่ต่อไป (3) อายุมาก มีความเห็นว่ายูมายนานไม่สามารถยืดชีวิตออกได้นาน ความตายเป็นเรื่องธรรมดาและด้วยสภาพร่างกาย จึงไม่อยากให้เป็นภาระลูกหลาน (4) สภาพร่างกายจะแบ่งเป็นร่างกายที่อ่อนแอ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้เป็นภาระผู้อื่น รู้สึกตัวเองไร้ค่า หากร่างกายยังแข็งแรงมีความคิดว่าร่างกายยังไหว ยังไม่ถึงเวลาต้องพอกไต ขออยู่แบบนี้ไปเรื่อยๆ (5) การขาดคนดูแล ส่วนหนึ่งจากคนในบ้านขาดความสามารถดูแลรับ-ส่งมาโรงพยาบาลหรือช่วยในการพอกไตได้เช่น เด็ก คนพิการ คนชรา ส่วนหนึ่งจากคนที่สามารถดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำงานต่างถิ่น หรือแยกครอบครัวออกไป บางส่วนสืบเนื่องมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ผู้จะมาดูแลผู้ป่วยต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่อยากเป็นภาระการดูแลของลูกหลาน (6) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ เรื่องค่าใช้จ่ายและภาระหนี้สิน เพราะการพอกไต และการดูแลผู้ป่วยพอกไตมีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เป็นภาระผู้อื่น หรือผู้ป่วยที่มีภาระดูแลค่าใช้จ่ายของครอบครัว หากมีปัญหาด้านนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธพอกไตซึ่งผู้ป่วยบางรายมีแค่เบี้ยยังชีพคนชราเลี้ยงตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่อยากเป็นภาระค่าใช้จ่ายของลูกหลาน บางรายอยากจะทำพอกไตด้วยเครื่องแต่ไม่มีค่าเงินพอกจึงปฏิเสธพอกไตวิธีอื่นด้วยซึ่งจะเห็นได้ว่าในแต่ละสาเหตุปัจจัยก็มีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าผู้ป่วยอายุมากเห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา การเดินทางไปโรงพยาบาลก็ลำบาก และไม่อยากจะเป็นภาระแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก และคิดว่าการรับประทานยาเป็นการรักษาที่ดี¹⁴

อนึ่ง การอยู่กับครอบครัว กับการมีผู้ดูแลไม่ใช่ปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน เนื่องจากการอยู่กับครอบครัวไม่สามารถบอกได้ว่าจะมีผู้ดูแลหรือไม่ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจะมี 1 รายที่อยู่คนเดียว แม้จะอยู่กันเป็นครอบครัว แต่บางครอบครัวไม่มีใครสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เช่นมีแต่ผู้สูงอายุ หรืออยู่กับลูกที่พิการหรืออยู่กับหลานเล็ก และแม้ว่าจะอยู่กับลูกที่ดูแลได้แต่ลูกต้องออกไปทำงาน ช่วงกลางวันผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันทางคลินิกโรคไตหลายแห่งมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี พบว่าการพอกไตไม่มีประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลแบบประคับประคอง อัตราการเสียชีวิตในคนที่พอกและไม่พอกไม่ต่างกัน แต่การพอกไตจะเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วยมากกว่า^{2,3,15} บางครั้งการปฏิเสธพอกไตของผู้ป่วยสูงอายุอาจเป็นสิ่งที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและบริบทแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ ทีมสหวิชาชีพควรใช้เวลาทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วย บริบทแวดล้อม และค้นหาปัญหาซ่อนเร้นที่มีผลต่อแผนการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ทราบสิ่งที่ส่งเสริมการดูแลรักษา และข้อจำกัดของผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังทำให้ทีมสหวิชาชีพยอมรับและเคารพการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาบนข้อจำกัดของผู้ป่วยมี
2. ผู้ป่วยยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคไตวายและการพอกไต การสื่อสารโดยเปิดวิดีโอ และการให้คำปรึกษาแนะนำทางเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการพอกไต ควรปรับแนวทางการให้ความรู้เป็นสองทาง ปรับปรุงสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจได้ง่ายและน่าสนใจ และหาแนวทางในการปรับทัศนคติ ความเชื่อของผู้ป่วยเชิงลบให้เข้าใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การสร้างทัศนคติในการดูแลตนเอง และเลือกแผนการรักษาจากข้อมูลที่ถูกต้อง
3. การให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ สภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ และอาจมีภาวะ cognitive impairment จึงต้องมีผู้ดูแล การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา ร่วมกันแก้ไข ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ดูแลผู้ป่วยราบรื่น และถูกต้องมากขึ้น
4. ในส่วนผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มจะปฏิเสธการพอกไต และมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอนาคตที่ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ทางทีมสหวิชาชีพจะต้องมีการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากผู้เก็บข้อมูลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับสถานที่ทำการสัมภาษณ์คือโรงพยาบาล อาจทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีความระมัดระวังในการให้ข้อมูล แม้ว่าจะมีการยืนยันข้อมูลกับญาติและเวชระเบียน

สรุป

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าในขณะที่มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์เน้นการมองเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา แต่มุมมองของผู้ป่วยกับการพอกไตนั้นกลับวางอยู่บนพื้นฐานของการมองชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ที่โยงใยไปกับการมีชีวิตอยู่อย่างมีข้อจำกัด การพึ่งพิงและคงความหมายของชีวิต การให้คำปรึกษาจึงต้องเข้าใจมุมมองที่กว้างขวางนั้นและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยแม้ว่าจะได้พยายามให้ข้อมูลในทางวิชาการแพทย์อย่างดีที่สุดแล้วก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ผู้วิจัย

ญาติ และทีมสหวิชาชีพที่เสียสละเวลามาให้ข้อมูล พยาบาล ศูนย์โรคไตที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และ คณาจารย์ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ช่วยเป็นกำลังใจให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จ สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- Gojaseni P, Tungsang K. Epidemiology of chronic kidney disease and scope of the problems in Thailand: Burden of diseases and economic impact. In: Kantachuwetsiri S, Janjarentana V, Chailimpamontri V, Trakarnwanit T, Gojaseni P, Yusabuy A, Kingwattanakun P, editors. Textbook of chronic kidney disease. Bangkok: Tex and journal publication; 2016:4-7.
- Kwok WH, Yong SP, Kwok OL. Outcomes in elderly patients with end-stage renal disease: Comparison of renal replacement therapy and conservative management. *Hong Kong Journal of Nephrology* 2016;19:42-56.
- Shih CJ, Chen YT, Ou SM, Yang WC, Kuo SC, Tarng DC. The impact of dialysis therapy on older patients with advanced chronic kidney disease: a nationwide population-based study. *BMC Med* 2014; 12: 169.
- Moist LM, Al-Jaishi AA. Preparation of the Dialysis Access in Stages 4 and 5 CKD. *Adv Chronic Kidney Dis* 2016; 23: 270-5.
- Fung E, Slesnick N, Kurella Tamura M, Schiller B. A survey of views and practice patterns of dialysis medical directors toward end-of-life decision making for patients with end-stage renal disease. *Palliat Med*. 2016; 30: 653-60.
- Stroupe KT, Fischer MJ, Kaufman JS, O'Hare AM, Sohn MW, Browning MM, et al. Predialysis nephrology care and costs in elderly patients initiating dialysis. *Med Care* 2011; 49: 248-56.
- Park JI, Kim M, Kim H, An JN, Lee J, Yang SH, et al. Not early referral but planned dialysis improves quality of life and depression in newly diagnosed end stage renal disease patients: a prospective cohort study in Korea. *PLoS One* 2015; 10: e0117582.
- Limrangsang S, Suwannaprom P. Explanatory model of hypertension and antihypertensives use among patients at Hangdong hospital, Chiang Mai Province. *Thai Pharm Health Sci J*. 2014;8:66-77.
- Direksri S, Chanthapasa K. Explanatory model of chronic kidney disease in perspective of patient. The 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012 "Pharmacy Profession in Harmony" Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Thailand . *IJPS* 2013; 1: 72-6.
- Ladin K, Lin N, Hahn E, Zhang G, Koch-Weser S, Weiner DE. Engagement in decision-making and patient satisfaction: a qualitative study of older patients' perceptions of dialysis initiation and modality decisions. *Nephro Dial Transplant*; 2016.
- Walker RC, Howard K, Morton RL, Palmer SC, Marshall MR, Tong A. Patient and caregiver values, beliefs and experiences when considering home dialysis as a treatment option: a semi-structured interview study. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 133-41.
- Dahlerus C, Quinn M, Messersmith E, Lachance L, Subramanian L, Perry E, et al. Patient Perspectives on the Choice of Dialysis Modality: Results From the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) Study. *Am J Kidney Dis* 2016; 68: 901-10.
- Chanouzas D, Ng KP, Fallouh B, Baharani J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27: 1542-7.
- Johnston S, Noble H. Factors influencing patients with stage 5 chronic kidney disease to opt for conservative management: a practitioner research study. *J Clin Nurs* 2012; 21: 1215-22.
- Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood RN, Farrington K. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1608-14.

SMJ