



ผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต
ต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effect of Family Meeting of End Stage Renal Disease Patient who Non Renal Replacement
Therapy to Self- acceptance at Kasetwisai Hospital in Roi-Et Province

(Received: December 4,2023 ; Revised: December 10,2023 ; Accepted: December 11,2023)

อภิญญา ลุนนากัน¹
Apinya Lunnakan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(One Group Pretest- Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเองก่อนและหลังการประชุมครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตจำนวน 30 ครอบครัว ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 –มีนาคม 2563 โดยใช้การประชุมครอบครัวในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2)แบบประเมินการยอมรับตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายหลังการประชุมครอบครัวสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, การประชุมครอบครัว, การยอมรับตนเอง, โรคไตวายระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research. before-after One-group pretest-posttest design. Sample size were 30 families of patients end-stage renal disease who non renal replacement therapy. The experimental group was designed to examine the outcomes of a family meeting.using family meetings communicate with patients and families at home between october 2019 - march 2020. The research questionnaire consisted of 2 parts: 1) general information questionnaire and 2) self-acceptance assessment. The data were analyzed by using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics such as paired t-test set a significance level of .05

Main findings :The mean self-acceptance score of end-stage kidney failure patients after the family meeting was higher than before the family meeting ($p < 0.05$).

Keywords : palliative care, family meeting, self-acceptance, end-stage renal disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) ที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวหน้าและมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมากปัจจุบันคนไทยป่วยไตวายเรื้อรังกว่า 11 ล้านคน 17% ของประชากร ต้องล้างไตถึง 1 แสนราย เพิ่มปีละ 1 หมื่นคน ผู้ป่วยส่วน

หนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งไตของผู้ป่วยเองไม่สามารถทำหน้าที่รองรับการขับของเสียและสถานะต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอในปัจจุบัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มี 4 ทางเลือก ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องการปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคองซึ่งการบำบัดทดแทนไตทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายสูงกว่า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกษรวิสัยจังหวัดร้อยเอ็ด Corresponding author : E-mail : a_pinya2012@hotmail.com

ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต¹จากการศึกษาพบว่าเหตุผลของผู้ป่วยที่เลือกไม่ฟอกไตส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแล รองลงมาคือตัวผู้ป่วยเองไม่ต้องการฟอกไตเนื่องจากมีความกลัวฟอกไตและอายุมากแล้วพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเริ่มจากวันที่เลือกไม่ฟอกไต พบว่าอัตราการรอดชีวิต 26.1 เดือน และผู้ป่วยต้องเข้านอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสาเหตุการเข้านอนโรงพยาบาล ร้อยละ 57เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค²ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและอาการจะรุนแรงมากขึ้นโดยผู้ป่วยอาการไตวายระยะท้ายจะเสียชีวิตด้วยอาการแสดง 2 ลักษณะอันเกิดจากไตหยุดทำงาน คือ จากไปโดยสงบหรือไม่ทุกข์ทรมานมากจากภาวะยูรีเมียและหรือจากเกลือแร่ผิดปกติ และอีกลักษณะหนึ่งคือ อาการหอบเหนื่อย และภาวะเลือดเป็นกรด หรืออาจเกิดจากภาวะเลือดเป็นพิษได้³การดูแลแบบประคับประคองเป็นการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการมุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรค รักษาคุณภาพชีวิต⁴โดยให้การดูแลโดยอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองคือการประชุมครอบครัว เพื่อสื่อสารข้อมูลที่ตรงจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมนักวิชาการทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแต่ละวิธีการ ข้อดีและข้อเสียของวิธีการรักษาต่างๆ อย่างที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม⁵อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตโรงพยาบาลเกษตรวิสัยพบผู้ป่วยไตวายระยะท้ายในปี 2561 ทั้งหมดจำนวน 200 รายได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องจำนวน 109 ราย และเลือกการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 91 ราย⁶ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเกษตรวิสัยได้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยโรคไตวายระยะท้ายเข้าถึงบริการการดูแลแบบ

ประคับประคองไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยขาดการยอมรับตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้าย และไม่ได้รับการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่ยอมรับตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยระยะท้าย ทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เช่น อาการสับสน หายใจเหนื่อยหอบ ครอบคร้วและผู้ดูแลมีความยากลำบากในการตัดสินใจ เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบคร้ว⁷ การให้การพยาบาลที่บ้านร่วมกับการประชุมครอบครัวที่บ้าน เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่สำคัญ⁸ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งการประชุมครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบคร้วเกิดการยอมรับตนเอง นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมและเกิดพฤติกรรมด้านบวก⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบคร้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทสามารถบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆได้ และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลการใช้การประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับตนเอง โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง(One Group Pretest- Posttest Design) โดยจะศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal disease) และ ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาที่คลินิก ประคับประคองโรงพยาบาลเกษรวิสัย และยินยอมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 ครอบครัว **เกณฑ์การคัดเลือก** 1) ครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะสุดท้าย (ESRD) และปฏิเสธการรับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต โดยเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร 3) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือ ในการศึกษาโดยลงนามในแบบยินยอม **เกณฑ์การคัดออก** 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต 2) ผู้ป่วยและครอบครัวขอลงตัวจากการเข้าร่วมวิจัย 3) ผู้ป่วยเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับโรคไตวายระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ร่วมกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยการประชุมครอบครัว (Family Meeting) และทฤษฎีการยอมรับตนเอง แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม ผู้ดูแลหลักสิทธิการรักษาพยาบาล อาการและอาการแสดงปัจจุบัน และอัตราการครองชีพ

2) แบบประเมินระดับการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต และครอบครัว มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้าย แนวทางการรักษา การดำเนินและการพยากรณ์ของโรค อาการ

เปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น และการยอมรับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก แต่ละค่ามีเกณฑ์การให้คะแนนได้แก่ น้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างเสร็จ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัดและตรงตามกรอบแนวคิด และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีการนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้การพยาบาลตามขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมก่อนเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการยอมรับตนเองก่อนการประชุมครอบครัว

ขั้นตอนการประชุมครอบครัว

1. ขั้นเตรียมการประชุมครอบครัว ประเมินครอบครัวทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน สมุดคู่มือ โปรแกรม Hos-xp และข้อมูลจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคข้อมูลสุขภาพครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของครอบครัว ศึกษาแผนภูมิครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและข้อมูลชุมชน

2. ขั้นตอนการประชุมครอบครัว

2.1 ผู้ดำเนินการประชุมกล่าวทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำการประชุมครอบครัว พิจารณาผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้ป่วย สมาชิก

ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ และพยาบาลประจำประคอง กติกาของการประชุม แจ้งระยะเวลาของการประชุม ก่อนการเข้าสู่เนื้อหาและให้ตอบแบบสอบถามหลังการประชุม ครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับตนเอง

2.2 ประเมินครอบครัวเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรคไตวายระยะสุดท้าย การพยากรณ์โรค อาการและอาการแสดงที่จะเกิดขึ้นของผู้ป่วยไตวายในระยะสุดท้ายที่ พร้อมทั้งให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรค ข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละวิธี และแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามความเป็นจริง สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้อยอมรับตนเองตามความเป็นจริงโดยประยุกต์ใช้ตามทฤษฎีการยอมรับตนเอง⁹ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนได้ซักถามแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการและการพยากรณ์โรคและตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 ประเมินปัญหาและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย นำปัญหามาวิเคราะห์และร่วมกันวางแผนการรักษาพยาบาล โดยพยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นจริงและให้การพยาบาลตามปัญหาความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 พุดคุยถึงการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้าเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข อธิบายถึงข้อดีและข้อเสียของการเลือกแนวทางการดูแลตนเองในแต่ละวิธี และให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้าอย่างครอบคลุมทุกด้านตามแนวทางของการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ได้แก่ การเลือกรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจ/การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยางอื่นๆที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย การรับยากระตุ้นชีวิตเช่น ยาเพิ่มความดัน ยา

กระตุ้นหัวใจ รวมทั้งสถานที่ที่เลือกดูแลตนเองในวาระสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิต

3. ชั้นสรุปการประชุม

3.1 สรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้จากการประชุม ครอบครัวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับตนเองร่วมกัน รวมทั้งแนวทางการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

3.2 สร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อำนวยความสะดวก เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาได้ตลอด นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเปลี่ยนใจแนวทางการรักษาและถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการประชุมครอบครัว ได้แก่ แบบประเมินการยอมรับตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาหาค่าร้อยละ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับตนเองก่อน – หลังการประชุมครอบครัวโดยสถิติที่ (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในครั้งนี้อยู่ที่หมายเลขข้อเสนอการวิจัย HE 2562-08-05-076 หมายเลขใบรับรอง COE 0762562ให้ไว้เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลของการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 17 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 56.70 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอายุที่มากที่สุดคืออายุ 80 – 90 ปีจำนวน 13รายคิดเป็นร้อยละ 43.3ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจบชั้นประถมศึกษาถึงจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.70ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 43.3 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.70 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังมากกว่า 5 ปี สูงถึงร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีผู้ดูแลมีจำนวน16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงถึง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 53.31 และอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 7 – 15 มิลลิเมตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

2. การยอมรับตนเอง หลังการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ผลการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ต่อการ

ประชุมครอบครัวพบว่าการยอมรับตนเองรายข้อในระดับที่สูงเกือบทั้งหมด โดยข้อที่ได้คะแนนสูงที่สุดและผู้ป่วยและครอบครัวเลือกมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาด้วยตัวท่านเองสูงถึงร้อยละ 86.7ยกเว้นข้อ “สมาชิกครอบครัวทุกคนรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยครบถ้วนและตรงกัน” และข้อ “ท่านหรือผู้ดูแลสามารถดูแลท่านได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการไม่สุขสบายในด้านต่างๆ ที่ได้ระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง”

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายก่อนและหลังการประชุมครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการยอมรับตนเองก่อนการประชุมครอบครัวเท่ากับ 18.6 และหลังการประชุมครอบครัวเท่ากับ 31.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายหลังการประชุมครอบครัวสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว ($p < 0.05$) โดยที่หลังการประชุมครอบครัว ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว (t มีค่าเป็นลบ) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการยอมรับตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตก่อนและหลังการประชุมครอบครัว

การประชุมครอบครัว	การยอมรับตนเอง		t	p
	n	Mean(SD)		
ก่อนการประชุมครอบครัว	30	18.6(1.97)	-30.72	$p < 0.05$
หลังการประชุมครอบครัว	30	31.8(1.93)		

การประชุมครอบครัวได้พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการช่วยฟื้นฟูชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การใส่ท่อช่วยหายใจ/การใช้เครื่องช่วยหายใจการให้สารอาหารและน้ำทางสายยางอื่นๆที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และการรับยากระตุ้นชีวิต เช่น ยาเพิ่มความดัน ยากระตุ้นหัวใจ

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 และเป็นผู้สูงอายุ กลุ่มอายุที่

มากที่สุดคืออายุ 80 – 90 ปี สูงถึง ร้อยละ 43.3 ขึ้นไป, รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนและส่วนใหญ่มีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 80 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีผู้ดูแลมีจำนวนมากถึงร้อยละ 53.3 รวมทั้งผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 90 และอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 7 – 15 มิลลิเมตร/นาที/1.73 ตารางเมตรซึ่งเป็นข้อจำกัดของการบำบัดทดแทนไต และเลือกการดูแลแบบประคับประคอง สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระยะท้ายในผู้ป่วยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าเกณฑ์ 344 ราย ปฏิเสธการฟอกไตจำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.12 ปัจจัยที่มีผลการปฏิเสธการฟอกไต คือ 1) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิเสธการฟอกไตเพิ่มขึ้น มี 2 ปัจจัย คือ อายุมากกว่า 65ปี และอัตรากรองของไตมากกว่า 6 มล./นาที่/1.73 2) ปัจจัยที่ทำให้ปฏิเสธการฟอกไตลดลง มี 1 ปัจจัย คือ การมีผู้ดูแล การให้ปรึกษาการฟอกไตควรสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา จะทำให้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษา¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคองกลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 และเรื่องที่มีผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับระดับสูงคือการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงร้อยละ 70.0 ส่วนในระดับต่ำเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกันจากการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ นอกจากนี้การประชุมครอบครัวยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้า ไม่เลือกการรักษาที่เป็นเพียงการยื้อชีวิต ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการวางแผนรักษาตนเองล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติสำหรับตนเองได้¹² และเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยระยะท้ายเลือกแนวทางการรักษาได้ หรือการเลือกไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกแนวทางการรักษาได้ รวมไปถึงการเลือกสถานที่ที่ใช้ในวาระ

สุดท้ายของชีวิตได้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550 มาตรา 12¹³ นอกจากนี้การศึกษาแนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 5 ครอบครัว พบว่าทุกครอบครัวไม่ร้องขอให้ทีมสุขภาพปรึกษาใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยร้อยละ 100 ครอบครัวมีความพึงพอใจในการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความพึงพอใจในการได้ซักถามพูดคุยและระบายความสงสัยที่มีต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 80.0 พยาบาลมีความพึงพอใจในแนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกคนที่ระดับมากที่สุดร้อยละ 70.0¹⁴ และการศึกษาของ Prabhu R. ที่ศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายโดยการจัดประชุมครอบครัว มีการสื่อสารการพยากรณ์โรค การปรึกษาการดูแลด้วยวิธีต่างๆ มีเป้าหมายการดูแลและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไตวายในวาระสุดท้าย เพื่อให้สามารถจัดการอาการต่างๆของผู้ป่วยได้เหมาะสม¹⁵

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายระยะท้ายร่วมกับการใช้กระบวนการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ช่วยให้เข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้ข้อมูลที่เป็นจริงและสามารถเข้าถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่บ้านแบบองค์รวม มีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายระยะท้าย หรือการพยากรณ์โรค อาการไม่สุขสบายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ยอมรับตนเองตามความเป็นจริง เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแล และวางแผนการดูแลร่วมกัน สามารถจัดการอาการไม่สุขสบายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการยอมรับตนเองสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่าการยอมรับตนเองสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁶

ข้อเสนอแนะ



1. ควรมีการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายทุกรายให้รับรู้ถึงโรค การพยากรณ์ของโรค และร่วมกันวางแผนเป้าหมายในการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. ควรมีการประชุมครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะท้ายที่เลือกการดูแลรักษาแบบประคับประคองทุกครั้งของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หรือทุกครั้งเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทุกคนรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนและตรงกัน

3. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจให้สามารถดูแลตนเองแบบประคับประคองที่บ้านให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่สบายในด้านต่างๆ

4. การประชุมครอบครัวควรมีการทำให้เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้า ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจได้ตลอดการรักษา

5. ควรมีมาตรฐานและแนวปฏิบัติในการประชุมครอบครัวสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มโรคให้แก่ทีมบุคลากรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประชุมครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตราธิยา เจ้าหน้าที่งานโรคไตเรื้อรัง งานดูแลประคับประคอง และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูล และดร.เสฐียรพงษ์ศรีวินาทีปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด ประคับประคอง พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด. 2560.
2. อำนวยพร แดงสีบัว, อัญจวรรณ โดภาคนาม, สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์, จุฬารัตน์ลิมวัฒนานนท์. การติดตามผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 5 ที่เลือกรับการรักษาแบบ ไม่ฟอกไต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558;9(2):181-92.
3. ทวี ศิริวงศ์. Renal Palliative Care in Practice. ศรีนครินทร์เวชสาร. [อินเทอร์เน็ต].2559[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/Article/view/68117>
4. อากาศ พัฒนเรืองไธ, อัมไพพร ยังวัฒนา, นฤมล เรื่องกิจวัฒนากร, อภิสิทธิ์ ศรีอินแก้ว, วิชาภา เอี่ยมสว่าง. List disease of Palliative care and Functional unit. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด. 2559.
5. กิตติพล นาคโรจน์. แนวทางการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/km/site/default/files/u11/00021.pdf>.
6. กระทรวงสาธารณสุข.ฐานข้อมูล Health Data Center : HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hdcservice.moph.go.th>.
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Quality Standards for Palliative Care. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น. ศูนย์การุณรักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561.
8. Rogers, C. R. and Dymond, R. *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press, 1954.
9. พระบุญเดิม วัฒนพรหม. การศึกษาและการพัฒนาโปรแกรมการยอมรับตนเองของผู้ต้องขังตามหลักอิทธิบาท4. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558.
10. อภิรัตน์ อภิวัฒน์ปานกร, ชิตชนก เรือนก้อน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธการฟอกไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2561;10(2):29-43.
11. ประยอม โฉมกาย. ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี; 2559. 41(1):17-26.

12. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา. การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2560:33(3):138-45.
13. แสง บัญเฉลิมวิลาศ. กฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยประคับ ประคอง. เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รุ่นที่ 4. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2561.
14. อีร์พันธ์ กากแก้ว. แนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 41(2):66-75.
15. Prabhu RA, Salins N, Bharathi, Abraham G.End of Life Care in End-Stage Kidney Disease. Indian J Palliative Care.[Internet]. 2021. [Cited 2022 November. 6]; 27(2):37-42.ailable from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8191743>
16. ชลกร ศิววรรณะ, ทิพย์วัลย์ สุรินยา. การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเคหะชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. กรุงเทพฯ; 2556:39(2). 80-94.