

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

Development of a palliative care model for patients with end-stage chronic kidney disease affecting clinical outcomes and quality of life

(Received: January 4,2025 ; Revised: January 22,2025 ; Accepted: January 24,2025)

ชุมศรี ตันเกตุ¹ อรพิน นวพงศกร² ปณณทัต บณขุนทด³ ณรงค์กร ชัยวงศ์⁴

Choomsri Tonkhet¹ Orrapin Navapongsakorn² Punnathut Bonkhunthod³ Narongkorn Chaiwong⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในช่วงเวลาการวิจัยจำนวน 15 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เข้าสูการดูแลแบบประคับประคอง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ ทดสอบค่าที และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน 2) การให้ความรู้ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผลการดูแลพบว่า หลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกมีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง โดยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, คุณภาพชีวิต

Abstract

This action research, the objective was to study the effect of developing a palliative care model for patients with end-stage chronic kidney disease on clinical outcomes and quality of life. Sample groups include: patients with end-stage chronic kidney disease during the research period, there were 15 cases. The characteristics of the sample are patients with end-stage kidney disease who have been screened using the guidelines for screening patients with end-stage kidney failure. Enter palliative care research tools include model of palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease. Clinical outcome assessment form for patients with end-stage chronic kidney disease and patient quality of life scale data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square test statistics, t-test, and qualitative data were content analyzed. The research results found that development of a model for palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease consists of 1) a multidisciplinary team in standard patient care 2) providing knowledge and counseling for behavior change 3) supporting self-management of patients with chronic kidney disease and results of care found after developing a

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding Author, Orrapin Navapongsakorn E-mail address: orrapin.nav@neu.ac.th

³ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

model for palliative care for patients with end-stage chronic kidney disease. The mean clinical outcomes are higher than before development. Statistically significant at the .05 level and the quality of life of patients with palliative end-stage chronic kidney disease. Before development, the level was low. After the development was at a moderate level, increasing with statistical significance at the .05 level.

Keyword: Models of care for patients with chronic kidney disease, Clinical outcomes, Quality of life

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้า และมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในรายนี้นี้คือ การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โดยไม่รับการบำบัดแทนไตใดๆ แต่มุ่งเน้นที่การรักษาอาการ และความไม่สบายใจจากโรค รักษาคุณภาพชีวิตโดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย และครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรี ที่สำคัญ การดูแลแบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการบริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการแบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสถานะสุขภาพของประชาชนในประเทศ¹

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) สาขา Palliative care ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่งจัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งในโรงพยาบาล และที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกขุทรมาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงท้ายของชีวิต ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย และ

กำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่ายบริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเต็มทั้งด้านโครงสร้างบุคลากร และคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี² กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลัก โดยกรอบแนวคิด Six building blocks ซึ่งได้แก่ 1) ระบบการให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 7) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบ และทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน³

โรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นของโรคจะไม่มีอาการแสดง ความสามารถการทำงานของไตหรืออัตราการกรองของไตจะเริ่มลดลง การดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป และเมื่อการดำเนินของโรคสู่ระยะที่ 4 ไตเรื้อรังระยะรุนแรง และระยะที่ 5 ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร่างกายจะสูญเสียการควบคุมสมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ สูญเสียการทำหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมนต่างๆ รวมถึงมีของเสียคั่งในกระแสเลือด โดยเฉพาะในรายที่มีอัตราการกรอง

ลดลงอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ ซึ่งก่อให้เกิดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่หลายอาการ ทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ขาปลายมือปลายเท้า ชากระดูก คัน ตามผิวหนัง บวมที่ปลายแขนและขา เป็นต้น และด้านจิตใจคือ วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย และไม่มีสมาธิ⁴

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการจัดบริการเชิงรุกที่มุ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนาคือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ WHO³ หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System) ประกอบด้วย 1) service delivery 2) health workforce 3) information system 4) medical products, vaccines & technologies 5) financing 6) leadership/governance³

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 15 ราย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 15 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เข้าสู่อการดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative performance scale version 2 (PPSV2) ที่ PPS 40-70 % มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
2. แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก
3. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต ดัดแปลงของ ชนิษฐา หอมเจีย และพรพนทิพา ศักดิ์ทอง⁶ ที่แปลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับภาษาไทย การศึกษารุ่นนี้ใช้วัดเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากโรคไตโดยตรง มี 11 มิติ รวม 33 ข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า โดยมีระดับความเป็นจริงคะแนน ดังนี้ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด แปลงคำตอบแต่ละข้อเป็น 0-100 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง สูง และสูงมาก

การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3

ท่าน พิจารณาเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) 4) การสะท้อน (Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTarrart⁵ ดังนี้

1. ระยะการพัฒนา

1.1 การวางแผน (Planning) นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนทนากลุ่ม ประชุมปรึกษาศึกษาถึงปัญหา สาเหตุการดูแลผู้ป่วย และหาแนวทางการปฏิบัติ ร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ร่วมกันพัฒนา ไปทดลองใช้

1.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) ติดตามผลการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแล ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบ

1.4 การสะท้อน (Reflection) สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติตามรูปแบบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ภายหลังจากนำรูปแบบไปปฏิบัติ วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อวางแผนในรอบต่อไป

2. ระยะหลังการพัฒนา

2.1 การวางแผน (Planning) การปรับปรุงรูปแบบ โดยสนทนากลุ่ม และเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้ปรับปรุง และตรวจสอบคุณภาพ

2.2 การปฏิบัติ (Action) นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้ปรับปรุง และตรวจสอบคุณภาพแล้วไปปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น

2.3 การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) โดยการติดตามการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก และการสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.4 การสะท้อน (Reflection) การสะท้อนถึงผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันประเมินผลการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยกึ่งทดลอง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คะแนนก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยสถิติ Chi-Square

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่าน การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง BRO 2024-117

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.3 เพศชายร้อยละ 46.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 28.3 รองลงมาช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 25.0 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 21.7 และอายุต่ำกว่า 50 ปี ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ Sign ได้แก่ ESRD ร้อยละ

36.7 รองลงมา ESRD c HT ร้อยละ 26.7 ESRD c HT c DM ร้อยละ 11.7 และ ESRD c HT c CKD5 ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ และส่วนใหญ่สิทธิการรักษา บัตรผู้สูงอายุร้อยละ 28.3 รองลงมา บัตรผู้พิการร้อยละ 18.3 กรมบัญชีกลางร้อยละ 15.0 และผู้มีรายได้ น้อยร้อยละ 11.6 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า หลังการ ทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP, DBP และ ค่าเฉลี่ย Potassium มีค่าลดลงกว่าก่อนการพัฒนา ส่วนค่าเฉลี่ย Hct มีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		
eGFR	14.83	6.26	14.25	6.12	0.93	.359
SBP	139.47	15.01	126.44	12.23	3.22	.000**
DBP	69.94	10.11	65.26	9.27	2.85	.007**
FBS	143.35	53.84	120.45	57.91	1.68	.109
Hct	27.30	6.20	32.39	3.69	5.01	.000**
Potassium	4.81	0.83	4.31	.060	3.78	.001**

p> .05

คุณภาพชีวิตก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านลบคือ ด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อ ชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการ พัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและ ปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจ ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ใน ระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	ก่อน			หลัง			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ด้านสภาวะทางกาย	18.08	1.31	ปานกลาง	18.32	2.38	ปานกลาง	0.55	.585
ด้านสภาวะทางใจ	15.23	2.43	ปานกลาง	15.44	1.05	ปานกลาง	0.52	.602
ด้านภาวะความลำบาก	19.05	2.81	สูง	14.79	3.83	ต่ำ	6.99	.000**
ด้านอาการและปัญหา	38.51	5.63	สูง	34.57	13.99	ปานกลาง	2.31	.028*
ด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน	21.41	3.01	สูง	18.17	5.15	ปานกลาง	4.62	.000**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	97.35	16.85	ต่ำ	110.02	11.26	ปานกลาง	3.29	.003**

p< .05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต อภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนี้ มีความใกล้เคียงกับหลายการศึกษาวิจัย ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัด ร้อยเอ็ด⁷ ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการโรคเชิงบูรณาการ และการจัดการรายกรณี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁸ การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต⁹ เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในการศึกษานี้ สรุปได้ว่า 1) ด้านการนำองค์กรพบว่า มีผู้รับผิดชอบดูแลหลักแต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 5) การจัดหายา และเวชภัณฑ์มีรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ อติศร อุดรทักษ์ และคณะ² เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญ เพื่อ

พัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะท้ายไว้รื้อต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคระยะในชุมชน ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายไปใช้พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.027)

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง SBP, DBP และค่าเฉลี่ย Potassium มีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนการพัฒนา ส่วนค่าเฉลี่ย Hct มีค่าเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทางกาย และด้านสภาวะทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านลบคือ ด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง ภายหลังจากพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับคุณภาพชีวิตด้านภาวะความลำบาก ด้านอาการและปัญหา และด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสภาวะทาง

กาย และด้านสภาวะทางใจ ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการวิจัยของ จำรัส สารระขวัญ และคณะ¹⁰ เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลพระพุทธบาท มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ รัชณี แม้นไพบูลย์สุข และพิชา ศนกกาญจน์¹¹ ได้การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไปเขต 4 กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของ ญาณิศา สุริยบัณฑิต เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตมาตราส่วนมุงเปาโรคไต ด้านอาการแสดง และรายการปัญหา ผลกระทบของโรคไต ในระดับสูง ด้านภาวะของโรคไตในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวิจัยครั้งนี้ในเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น เนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องอาการของโรค การดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ช่อทิพย์ พรหมมรัตน์¹³ ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย และผู้ดูแลสูงกว่า ก่อนการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทา ส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั้นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลที่ดีส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญอื่นๆ ของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ และหาแนวทางการพัฒนาในแต่ละหน่วยงาน

1. ปาณิสรา สนั่นเอื้อ และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามมุมมองของพยาบาล. เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 23. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2565.
2. อติสร อุดรทักษ์, สุลาวัลย์ วรรณโคตร, วิษุณี ละม้ายศรี, ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์รพ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2566;8(2):532-44.ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566
3. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
4. Lee, S. J. & Jeon, J. (2015). Relationship Between Symptom Cluster and Quality of Life in Patients at stage 2 to 4 Chronic Kidney Disease in Korea. Applied Nursing Research, 28(4), e13-19.
5. Kemmis, & Wilkinson, M. Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh, 1998.
6. ขนิษฐา หอมจัน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในโรคไตฉบับย่อ ภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3. วารสารเภสัชกรรมไทย 2553;2(1):1-14.
7. พัทธ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน และเสถียรพงษ์ ศิวินา. การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562;9(2): 180-89.
8. วราทิพย์ แก่นการ, เกษม ดำนอก และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้การจัดการโรคเชิงบูรณาการและการจัดการรายกรณี ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):173-82.
9. ชวมัย ปินะเก, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, วรรณพร คงอ่อน, นิธิยา นามวงศ์ และสุนทิตีพย์ เรียงริลา. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563;17(3):64-75.
10. จำรัส สารขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเบียด และมาลี มีแป้น. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(2):153-64.
11. รัชณี แม้นไพบูลย์สุข และพิชา ศนกาญจน์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลทั่วไป เขต 4 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี 2563;6(3):54-67.
12. ญาณิศา สุริยบันเทิง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองโดยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;10(1):49-60.
13. ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน. การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลาพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2560;16(2):25-36.