

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต A Quality of Life Enhancement Model and Its Effects on Clinical Outcomes in End-Stage Renal Disease Patients Not Receiving Renal Replacement Therapy.

(Received: December 9,2025 ; Revised: December 21,2025 ; Accepted: December 23,2025)

นิภา สุทธิพันธ์¹ ญาณิพิชญ์ เพชรรามพะเนา² และปณัทธ บณขุนทด²
Nipar Suttipun¹ ,Yanipit Pechrampanao² and Punnathut Bonkhunthod²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และประเมินผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็นสามระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และญาติผู้ดูแลจำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแบบบันทึกตัวชี้วัดทางคลินิก การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เฉพาะราย การสื่อสารเป้าหมายการรักษา การสนับสนุนการตัดสินใจ และการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมายการรักษาในระยะท้ายได้ชัดเจน คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังทดลองใช้รูปแบบ และตัวชี้วัดทางคลินิกหลายรายการ เช่น ความดันโลหิตและอาการรบกวนจากโรค มีแนวโน้มดีขึ้น นอกจากนี้การสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนว่าผู้ป่วยรู้สึกมีพลังในการใช้ชีวิตมากขึ้น ลดความกังวลเกี่ยวกับการรักษา และได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพ
คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย; การดูแลแบบประคับประคอง; การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Abstract

This study aimed to develop a quality of life enhancement model for end-stage renal disease (ESRD) patients who are not receiving renal replacement therapy, and to evaluate its effects on clinical outcomes and overall quality of life. A Research and Development approach integrated with participatory action research was applied in three phases: situation analysis, development of an Advance Care Planning (ACP) model, and implementation with evaluation. The sample consisted of 30 ESRD patients and their primary caregivers, purposively selected. Research instruments included demographic questionnaires, a knowledge assessment on treatment options, a quality-of-life assessment tool, an ACP form, and clinical outcome recording sheets. Quantitative data were collected before and after the intervention; qualitative data were obtained through in-depth interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that the developed model—which comprised individualized education, goal-of-care communication, shared decision-making support, and continuous follow-up—enhanced patient

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา Corresponding Author: Yanipit Pechrampanao E-mail address: yanipit.p@nrru.ac.th

knowledge regarding treatment options, clarified end-of-life care goals, and improved overall quality of life. Several clinical indicators, such as blood pressure and symptom burden, also showed improvement after the intervention. Qualitative findings revealed that patients experienced enhanced self-empowerment, reduced treatment-related anxiety, and perceived holistic support from the multidisciplinary team.

Keywords: Quality of life, End-stage renal disease, Palliative care, Advance care planning

บทนำ

โรคไตเรื้อรังยังคงเป็นภาระด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในสัดส่วนสูง เมื่อพิจารณาจากรายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน 773,000 คน จากประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรอง 3.93 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.69 ของผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด¹ มาตรการสำคัญในการควบคุม และจัดการโรคประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การจำกัดอาหารเค็ม รวมถึงมาตรการต่อภาคอุตสาหกรรมอาหาร เช่น การพิจารณาเก็บภาษีโซเดียมเพื่อช่วยลดปริมาณการบริโภคในระดับประชากร¹ ขณะเดียวกัน นโยบายใหม่ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ¹

แม้ว่าวิธีการบำบัดทดแทนไตจะช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ขั้นตอนการรักษามักมาพร้อมความทุกข์ทรมานจากโรค และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย² งานวิจัยของ กุมาลิพร ตรีสอน² ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สะท้อนให้เห็นว่าการมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความทุกข์จากการรักษา ยังอาจสร้างความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และครอบครัวนำไปสู่การตายที่ไม่สงบหรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของวงจรชีวิต ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งช่วยลดความทุกข์ทรมาน รักษาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญระยะท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยคำนึงถึงคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว³

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในรายที่โรคมีความรุนแรง และคาดว่าจะมีระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่จำกัด การดูแลรูปแบบนี้มุ่งลดอาการรบกวน ความไม่สุขสบาย และภาวะแทรกซ้อนจากโรค พร้อมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยไม่ใช้การบำบัดทดแทนไต การดูแลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว⁴ นอกจากนี้ การศึกษาของ ทิน เทวัญ พุทธลา⁴ พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไตพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้เฉพาะรายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการและคุณภาพชีวิตอย่างสม่ำเสมอ การติดตามอาการรายเดือน การรักษาตามปัญหาที่พบ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Telemedicine กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น มีพลังใน

การดำเนินชีวิต และได้รับการดูแลที่เป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานความใส่ใจและทักษะของทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งการนำข้อมูลการดูแลมาทบทวนร่วมกับแพทย์เฉพาะทางยังส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการโดยรวม ส่งผลให้รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงและมีความเหมาะสม ช่วยยกระดับคุณภาพระบบบริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาแบบไม่ฟอกไต

แม้ว่าการบำบัดทดแทนไตจะช่วยยืดอายุผู้ป่วย แต่กระบวนการรักษามักสร้างความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกที่จะไม่รับการฟอกไต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ เพื่อคงคุณภาพชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การดูแลแบบองค์รวม และการติดตามต่อเนื่องสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังคงขาด “รูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ และประเมินผลทางคลินิกชัดเจน” ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้จริงเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในบริบทชุมชน รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเอื้อต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งด้านทางเลือกการรักษา

คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ (Model Development) และการประเมินผลเชิงก่อน-หลังการใช้รูปแบบ (Pre-Post Intervention Study) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Model Development: ACP Model) และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Implementation & Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งยังไม่เคยได้รับการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดทดแทนไต และเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่ในระยะของโรคที่มีความซับซ้อนสูง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในบริบทชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รวมกับญาติผู้ดูแลหลัก จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาคณะสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลเวชระเบียน ประกอบกับการ

ประเมินและข้อเสนอแนะของแพทย์หรือพยาบาล ประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการดูแลได้อย่างเหมาะสมในบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเพิ่มความถูกต้องของผลการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โดยมีอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) น้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งสะท้อนถึงภาวะไตเสื่อมระยะสุดท้ายตามเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก

2. ยังไม่ได้เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตทุกรูปแบบ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะสภาวะสุขภาพพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน

3. มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจคำถาม และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ด้วยตนเอง หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้โดยตรง ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิดซึ่งสามารถให้ข้อมูลแทนได้อย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ

4. แสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับการอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เพื่อป้องกันปัจจัยรบกวนที่อาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูลและผลการวิจัย ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษา หากมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือภาวะทางการแพทย์ที่รุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารหรือการให้ข้อมูล เช่น ภาวะหมดสติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

2. มีความบกพร่องทางการรับรู้ ความจำ หรือภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม และไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้

3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือแสดงความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา ทั้งนี้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างครอบคลุม โดยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง อันเป็นข้อมูลสำคัญในการอธิบายบริบทด้านสังคมและสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรคไตตามค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) และโรคร่วมที่สำคัญ ข้อมูลดังกล่าวช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกตามลักษณะประชากร รวมถึงใช้เป็นข้อมูลควบคุมในการอธิบายผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับทางเลือกการรักษาโรคไตวายระยะสุดท้าย แบบประเมินนี้ใช้ในการประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยครอบคลุมทางเลือกหลัก ได้แก่ การ

พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลแบบประคับประคอง เนื้อหาของแบบประเมินมุ่งเน้นข้อดี ข้อจำกัด ขั้นตอนการรักษา ภาระการดูแล และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว เครื่องมือนี้มีบทบาทสำคัญในการสะท้อนความพร้อมของผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิต ซึ่งเป็นกลไกหลักของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตในงานวิจัยนี้

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย การประเมินคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เช่น WHOQOL-BREF⁵ หรือเครื่องมือเฉพาะโรค ได้แก่ KDQOL⁶ ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เครื่องมือดังกล่าวครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ สภาวะทางกาย สภาวะทางจิตใจ อาการและภาระจากโรค ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม⁵ การใช้แบบประเมินนี้ช่วยให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์โดยตรงของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองและการคำนึงถึงคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP Form) แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการสื่อสารเชิงกระบวนการของ Sudore และคณะ⁷ ซึ่งเน้นการพูดคุยอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลในระยะท้ายของชีวิต เครื่องมือนี้ใช้บันทึกความต้องการ ค่านิยม และการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในอนาคต โดยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงการเสริมสร้างอำนาจในการตัดสินใจของผู้ป่วยกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก

5. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกใช้สำหรับเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านสรีรวิทยาที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ ค่า eGFR ระดับครีเอตินิน ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ค่า Hematocrit และระดับโพแทสเซียมในเลือด ตัวชี้วัดเหล่านี้สะท้อนความรุนแรงของโรค การควบคุมอาการ และความมั่นคงทางคลินิกของผู้ป่วย ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกควบคู่กับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เพื่อแสดงให้เห็นผลของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสนทนากลุ่ม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เครื่องมือนี้มุ่งสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก มุมมอง และการรับรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ช่วยอธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้เข้าใจกลไกการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกภายใต้รูปแบบการพัฒนาที่นำเสนอได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การพัฒนาเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้มุ่งให้ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านความรู้ การตัดสินใจทางการรักษา และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามและแบบประเมินทุกฉบับเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต การดูแลแบบประคับประคอง และการวิจัยทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา

ดำเนินการโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามต่อวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าคะแนนตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือวิจัยทุกฉบับมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 สะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาของข้อคำถามมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายอย่างชัดเจน

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability Testing) ภายหลังจากตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาหลัก เพื่อประเมินความสม่ำเสมอของการวัดในบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคไตวายระยะสุดท้ายและทางเลือกการรักษา ได้รับการประเมินค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.78 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเที่ยงในระดับดี สำหรับแบบสัมภาษณ์แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัย

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับผลการทดสอบนำร่อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยในหลายประเด็น ได้แก่ การปรับถ้อยคำให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตและประสบการณ์ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ลดความซับซ้อนทางวิชาการ และหลีกเลี่ยงถ้อยคำที่อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความ นอกจากนี้ยังมีการปรับ

ลำดับคำถามให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามรูปแบบที่นำเสนอ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกผ่านการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะการพัฒนา รูปแบบ และระยะการทดลองใช้และประเมินผล ซึ่งผสานแนวคิดการพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Model Development) ร่วมกับการประเมินผล เชิงก่อน – หลัง การใช้รูปแบบ (Pre-Post Intervention Study) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis Phase)

ระยะนี้เป็นขั้นตอนพื้นฐานของการพัฒนารูปแบบ โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ แนวปฏิบัติที่เหมาะสม และช่องว่างของการดูแลผู้ป่วย

จากนั้นทำการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนประสบการณ์การดูแลจริง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึง

ข้อจำกัดของระบบบริการ ผลจากระยะนี้นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบ ACP ที่เน้นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการและการพัฒนาารูปแบบ (Model Development Phase)

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนหลักของการพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ควบคู่กับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในชุมชน กระบวนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAR ได้แก่

1) การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจัดทำแผนการนำรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปใช้ในเวชปฏิบัติจริง โดยออกแบบกระบวนการใช้แบบฟอร์ม ACP ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง และการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

2) การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการนำรูปแบบ ACP ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล โดยแพทย์และพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ให้การปรึกษา สนับสนุนการตัดสินใจ และอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้เลือกแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของตนเอง เช่น การดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (หากมีข้อบ่งชี้) พร้อมทั้งบันทึกความ

ประสงค์ล่วงหน้า (Living Will) ลงในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยติดตามการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าการทำงานของไต (eGFR) ความดันโลหิต ระดับ Hematocrit และตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ความรู้สึก และกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

4) การสะท้อนผล (Reflecting) นำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการนำรูปแบบ ACP ไปใช้จริง จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผลจากระยะนี้ไปสู่การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับใช้ในระดับชุมชน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และการประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase)

ระยะสุดท้ายเป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญที่สะท้อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การตัดสินใจของผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิเคราะห์จากทั้งสองส่วนถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกัน เพื่ออธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง

กระบวนการดูแล คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจากแบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลังการดำเนินโปรแกรมวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าทางคลินิกและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พิจารณาระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มถูกวิเคราะห์ด้วยวิธี Content Analysis

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลขที่รับรอง BRO 2023-106 รับรองวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 46.7 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 28.3) และช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 25.0) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ และวัยก่อนสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและต้องการการดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีโรคร่วมสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ด้านสิทธิการรักษา

พบว่าส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ (ร้อยละ 28.3) และสิทธิบัตรผู้พิการ (ร้อยละ 18.3)

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เข้ากับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยระดับความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ขณะเดียวกัน พบว่าค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียลดลง มีสมรรถนะในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น และสนับสนุนคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้ว่าค่าการทำงานของไต (eGFR) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่า HbA1C จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภาพรวมของผลลัพธ์ทางคลินิกสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ที่มุ่งเน้นการควบคุมอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตมากกว่าการชะลอการเสื่อมของไตเพียงอย่างเดียว

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในหลายมิติ โดยเฉพาะมิติ “ความลำบากจากโรคไต” ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมถึงมิติ “ผลกระทบของโรคไตต่อชีวิตประจำวัน” และ “อาการและปัญหาที่เกิดจากโรคไต” ซึ่งลดลงอย่างชัดเจนภายหลังการดำเนินโปรแกรม เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับ “ต่ำ” ไปสู่ระดับ “ปานกลาง” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พัฒนา

รูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนดังกล่าวต่อการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและกระบวนการหลายประการ โดยเฉพาะการขาดกลไกการบริหารจัดการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่การดำเนินงานยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การวางแผน การกำกับติดตาม และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการขาดความต่อเนื่อง ซึ่งกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบทของทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิที่ยังไม่สามารถรองรับการดูแลระยะท้ายได้อย่างเต็มศักยภาพ ขณะเดียวกัน ด้านทรัพยากรบุคคลและทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่ายังขาดการพัฒนาสมรรถนะอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการอาการระยะท้าย การสื่อสารเชิงลึกเกี่ยวกับพยากรณ์โรค และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ อติศร อุดรทักษ์ และคณะ⁹ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในชุมชนยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ดูแลขาดทักษะและประสบการณ์ รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลยังไม่เข้มแข็ง อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)⁹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย การขาดงบประมาณ

และอุปกรณ์สนับสนุน รวมถึงการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะท้ายในชุมชน จากข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประเด็นปัญหาเข้าสู่กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางรากฐานของรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อสภาพจริง และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผลการพัฒนาการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแสดงให้เห็นว่าการออกแบบระบบบริการที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพสามารถเสริมสร้างความพร้อมและความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการนำองค์กรและธรรมาภิบาล การจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอและการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ช่วยให้การบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลเป็นไปอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีทิศทางเดียวกัน ด้านการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ถือเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดด้านอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย ในส่วนของการพัฒนาบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าการอบรมและเสริมสร้างสมรรถนะให้กับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากร รพ.สต. อสม. และผู้ดูแล รวมถึงการแต่งตั้งพยาบาลเฉพาะทาง เช่น PCWN และ PCCN ช่วยเพิ่มศักยภาพในการประเมิน วางแผน และจัดการอาการระยะท้ายได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดของ Sudore และคณะ⁷ ที่ระบุว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความพร้อม และสามารถสื่อสารร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการและกระบวนการทำงาน การเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิก ประคับประคอง รวมถึงการมีแนวทางปฏิบัติและ คู่มือการดูแลที่ชัดเจน ช่วยให้บุคลากรสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นมาตรฐานทั้งในสถานบริการ และในชุมชน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของ สุริพร ศิริยะพันธ์ และคณะ¹⁰ ที่ พัฒนาโมเดล ASCE ซึ่งเป็นกรอบการดูแลแบบ ประคับประคองที่ครอบคลุมการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า การจัดการอาการ การประสานงาน และ การดูแลระยะท้าย โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. ผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ผล การศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการ บำบัดทดแทนไตมักมีอาการไม่สุขสบายหลาย ด้าน โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย และ สับสน อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ อาการ ดังกล่าวลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงประสิทธิผล ของการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการจัดการ อาการและคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การ ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ตามความประสงค์ ยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญของ คุณภาพการดูแลระยะท้ายที่ตอบสนองต่อความ ต้องการเชิงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย คะแนน ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม สะท้อนถึง การลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ซอทิพย์ พรหมมารัตน์¹¹ และ บงกชรัตน์ ยานะธรมย์¹² ที่ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลแบบ ประคับประคองที่บูรณาการตั้งแต่ระดับ

โรงพยาบาลถึงชุมชน สามารถยกระดับคุณภาพ การดูแล ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมี นัยสำคัญ

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้ากับระบบบริการสุขภาพ อย่างเป็นระบบ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะ สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างเป็น รูปธรรม ทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลแบบ ประคับประคองในบริบทของระบบสุขภาพไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. เชิงนโยบายและระบบบริการสุขภาพ ควรผลักดันให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นส่วนหนึ่ง ของระบบบริการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิด เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย ลดการรักษาที่ไม่ ก่อให้เกิดประโยชน์ทางคลินิก และสนับสนุน ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของโรค

2. เชิงระบบข้อมูลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรพัฒนาการบูรณาการระบบสารสนเทศ ด้านสุขภาพ เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถบันทึก และติดตามข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การประเมินอาการ และคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการ ตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และสะท้อนผลลัพธ์ตามกรอบรูปแบบการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3. เชิงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว ควรเสริมสร้างการทำงานแบบสห สาขาวิชาชีพและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการ

ดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับโรงพยาบาล และชุมชน ควบคู่กับการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision-making) รวมถึงการประเมินด้านอาการ ภาวะโภชนาการ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายขอบเขตและความแข็งแกร่งของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ควรนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น เช่น หลายพื้นที่ หลายระดับบริการ และหลายจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในบริบทที่แตกต่างกัน อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพโดยรวม

2. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและผลกระทบเชิงเปรียบเทียบของรูปแบบการดูแล

ควรมีการวิจัยเชิงติดตามระยะยาวและการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับรูปแบบดังกล่าว เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาระของครอบครัว และการเสียชีวิตอย่างสงบ ซึ่งจะสะท้อนคุณค่าของรูปแบบการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

3. การพัฒนาองค์ความรู้เชิงลึกและการสนับสนุนด้วยนวัตกรรมสุขภาพ ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อศึกษาเจตคติ ประสพการณ์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล รวมถึงการใช้ระบบดิจิทัลในการสนับสนุนการประเมินคุณภาพชีวิตและการสื่อสารแผนการดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสม ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพฯ. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- 2.กุนาสีพร ตรีสอน.(2561). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(1):13-20.
- 3.สุวาริวรรณ จิระเสวกติก.(2563). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. p.125-33.
- 4.ทินเทวีญ พุทธลา.(2567). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2567;20(2):39-52.
- 5.WHOQOL Group.(1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-558.
- 6.Hays RD, Kallich J, Mapes D, et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3. Santa Monica, CA: RAND.
- 7.Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.(2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821-32.

- 8.อดิศร อุดรทักษ์, สุลาวัลย์ วรณโคตร, วิชชุณี ละม้ายศรี, ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):532-44.
- 9.World Health Organization.(2020). Palliative care: Key facts. WHO.
- 10.สุริพร ศิริยะพันธ์, นิธิตา ขายเกตุ, เนตรชนก สันตรัตติ.(2564). การพัฒนาแบบแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาล. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(2):1-15.
- 11.ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์.(2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2560;13(1):25-36.
- 12.บงกชรัตน์ ยานะรมย์.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):195-200.