

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี Development of a Care System for End-Stage Chronic Kidney Disease Patients in Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

อัครภูชิต ฝลนันต์¹
Akaraphuchit Phalanant¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลายิจัยเดือนมกราคม 2567 ถึง ธันวาคม 2567 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 60 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง แบบสอบถามการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลการวางแผนล่วงหน้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมด้วยสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาทั้งหมด 3 วงรอบ การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ 1)ด้านการนำและธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการระบบการดูแล และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ 2)ด้านการจัดสรรงบประมาณ มีการจัดตั้งศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์ จัดซื้ออุปกรณ์เพิ่มเติม และสนับสนุนค่าตอบแทนทีมดูแลเยี่ยมบ้าน 3)ด้านบุคลากรและเครือข่ายพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. และนักบริบาลในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4)ด้านระบบการให้บริการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติและโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมคู่มือการดูแลที่ชัดเจน 5)ด้านยาและเวชภัณฑ์ ขยายกรอบรายการยาเพื่อจัดการอาการในระยะท้ายให้เพียงพอและเหมาะสม 6)ด้านระบบข้อมูลและการสื่อสาร พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล เช่น HOSxP, LINE และโทรศัพท์ เพื่อการประสานงานที่รวดเร็วและแม่นยำ ผลการประเมินการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายได้รับการทำ Advance care plan ทุกราย อาการแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 75 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย ระบบการดูแลรักษา

Abstract

This action research aimed to study, develop, and evaluate a care system for end-stage chronic kidney disease (ESKD) patients who did not receive renal replacement therapy in Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province. The research was conducted from January to December 2024 with the participation of 60 stakeholders including multidisciplinary healthcare teams and local community networks. The objective was to establish a patient-centered palliative care model based on participation and context-appropriate system improvement. Research instruments included a palliative care outcome questionnaire, a perceived peaceful end-of-life scale, and a satisfaction assessment form related to advance care planning. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and paired t-test.

The development process was implemented through three iterative action research cycles. The resulting care system comprised six essential components: (1) Leadership and governance, through the establishment of a district-level steering committee and action plan; (2) Budget allocation, involving the setup of a medical equipment

¹โรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

service center, procurement of additional supplies, and allocation of funds for proactive home visit teams; (3) Human resources and network, focusing on the development of multidisciplinary professionals, village health volunteers (VHVs), and community caregivers to enhance the capacity for end-of-life care; (4) Service delivery system, including the creation of standardized clinical pathways, a palliative care and advance care planning program, and comprehensive care manuals; (5) Medication and supply management, involving the expansion of essential drug lists for effective symptom control; and (6) Health information and communication systems, involving the integration of platforms such as HOSxP, LINE application, and direct phone coordination to ensure timely and accurate service connection.

The results revealed that all patients received advance care planning. Symptom-related complications were reduced by 75%, and quality of life improved by 50%. The mean palliative care outcome scores, as perceived by both patients and their caregivers, significantly decreased post-intervention, indicating reduced suffering. In contrast, perceived peaceful end-of-life scores reported by caregivers significantly increased after the intervention, confirming the effectiveness of the care model. Moreover, the quality of life of ESKD patients improved significantly from a low to a moderate level ($p < 0.01$). Both patients and caregivers reported a high level of satisfaction with the care process. These findings suggest that a participatory, context-specific care system can effectively improve outcomes and satisfaction among terminally ill patients and their families.

Keywords: End-stage chronic kidney disease, care system

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่การดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ คือการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ โดยมุ่งเน้นการบรรเทาอาการ ความไม่สบายกายและใจจากโรค¹ รวมถึงการรักษาคุณภาพชีวิตผ่านการดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการ และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การบริการแบบประคับประคองสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย² ให้สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีและตายอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพโดยลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นการพัฒนาบริการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการเพื่อรองรับกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในปัจจุบัน³

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ได้กำหนดนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศมากกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในช่วงสุดท้ายของชีวิต⁴ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในทุกพื้นที่ โดยเน้นแนวคิด “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงและครอบคลุมความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง การจัดบริการให้มีเอกภาพทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และคุณภาพการบริการ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน โดยการวางแผนในลักษณะของแผนพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพ (Service Plan) ซึ่งกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างน้อย 5 ปี⁵ กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพส่วนใหญ่นิยมใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) โดยอิงตามองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน (Six Building Blocks)⁶ ได้แก่ 1)ระบบการให้บริการ 2)กำลังคนด้านสุขภาพ 3)ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ 4)เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5)ระบบการเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6)ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการแบบบูรณาการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Six Building Blocks มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลนาจะหลวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนของจังหวัดอุบลราชธานี ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอนาจะหลวยและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 132 ราย 168 ราย และ 210 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Non-dialysis ESRD) คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24.52, 28.44 และ 29.50 ตามลำดับ⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากลักษณะของโรคมีความซับซ้อน อาการไม่คงที่ มีทั้งช่วงที่อาการทรงตัว

และช่วงที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว อีกทั้งระยะเวลาของการดำรงชีวิตอยู่กับโรคมียาวนาน จึงต้องอาศัยแนวทางการดูแลที่มีความต่อเนื่องและครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลกลุ่มผู้ป่วยนี้จึงจำเป็นต้องมีการวางระบบบริการที่ชัดเจน มีความเป็นระบบ และสามารถบูรณาการการทำงานของทีมนสหสาขาวิชาชีพในระดับโรงพยาบาลและชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณค่า และมีความหมาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยรูปแบบการดูแลควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การสนับสนุนด้านจิตใจ การจัดการอาการ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จากปัญหาและบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้าย จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพในระดับพื้นที่ ตลอดจนการประสานงานและสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และบริบทของชุมชนในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอ นาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอ นาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kernis & Taggart⁸ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) และใช้แนวคิดในการพัฒนา คือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System)⁶ ประกอบด้วย 1)Service Delivery 2)Health Workforce 3)Information System 4)Medical Products ,Vaccines & Technologies 5)Financing 6)Leadership/Governance

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567, วงรอบที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567, วงรอบที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567) พื้นที่ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1.ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 30 ราย 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 30 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ผ่านการคัดกรอง โดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตด้วยระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดรักษาทางไต เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) ที่ PPS 40-70% มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก คือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับความต้องการ ปัญหาอุปสรรคและการสนับสนุนต่างๆ ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน และประเด็นที่ต้องการพัฒนาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบ การนำระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ความยุ่งยากซับซ้อนของระบบการดูแลที่สรุปได้

1.2 แบบการประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง

1.3 แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบประเมินการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวที่พัฒนาขึ้น

2.เครื่องมือประเมินผู้ป่วย

2.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS)⁹ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยก

ผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)

2.2 แบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System : ESAS)¹⁰ เป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

2.3 แบบประเมิน Pain Score เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS)¹¹ เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 ให้ผู้ป่วยประเมินตามความรู้สึก โดยอธิบายว่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ซึ่งคะแนน 0-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง

2.4 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ฉบับใช้สอบถามผู้ป่วยเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อาการรบกวน ระดับ PPS

2.5 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale : POS)^{12,13} แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยศาสตราจารย์จูลี เฮอร์น และศาสตราจารย์ไอรีน เจ ฮิกกินสัน ในปี พ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มี 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความ

เชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดี มีอาการรบกวนต่าง ๆ น้อย

2.6 แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตาม การรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale For Patient : PEOLCS-P)¹⁴ และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale For Caregiver : PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ต้องการ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับการสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุม (Content Validity Index :CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่

ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

3.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ของชีวิตที่ดี ด้านการอยู่ในความสงบและด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม ที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองการวางแผนล่วงหน้าและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์และมีประสบการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าจำนวน 1 ท่าน นายแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน นายแพทย์ผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถึงความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้ในการวิจัยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

3.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การพัฒนาในวงรอบที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ดังนี้

ระยะวางแผน (Plan) ดำเนินการ ดังนี้

1.ทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1)การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ (Kemmis & Mc Taggart) 2)แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560-2579) 3)แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) 4)ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ (พ.ศ.2560-2564) 5)แนวคิด 6 เสาหลักด้านสุขภาพ 6)การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง 7)แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและวางแผนล่วงหน้า 8)ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) 9)แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 10)แนวคิดความพึงพอใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 11)งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดย 1)สนทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงาน NCD Clinic : CKD โรงพยาบาลและชุมชน Clinic, ER, IPD, PCU เกสเซอร์ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริการ และ อสม.2)ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ในช่วงปีงบประมาณ 2563 จำนวน 28 ราย โดยการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลก่อนการดำเนินการระบบใหม่ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (FPS) อาการไม่สบาย การรักษาและการให้ยาเพื่อจัดการอาการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 3)สังเกตการณ์การปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย

3.วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด “Six Building Blocks of A Health System” โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อหาโอกาสพัฒนา

4.ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ Cup Board คืบข้อมูลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดรักษาทดแทนไตแบบประคับประคอง จากการคืบข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา เกิดแผนงานโครงการระดับ Cup Board เพื่อพัฒนาทีมให้บริการวางแผนการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Drives ที่นอนเตียงผู้ป่วย จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้สะดวก

5.เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ PTC เพื่อเสนอเพิ่มกรอบยา จัดการอาการที่จำเป็นเพิ่มขึ้น คือ Fentanyl Patch Morphine Syrup

6.ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วยปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดแผนการพัฒนา PCWN ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ระยะปฏิบัติการ (Action) จัดทำกิจกรรม โครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

1.พัฒนาศักยภาพภายนอกหน่วยงานตามแผน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้แก่ แพทย์

1 คนอบรม Pain and PC for Doctors เกสซ์การ 1 คน อบรม Palliative Care for Pharmacists พยาบาลวิชาชีพ 3 คน อบรม Basic Palliative Care (จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์) ทีมที่ผ่านการอบรมจะเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย

2.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเชื่อมต่อระหว่างคลินิก CKD กับ Palliative Care และแนวทางปฏิบัติการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง การใช้แนวทางปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองทั้งในตึกผู้ป่วยในและในชุมชน

ระยะสะท้อนผลหรือการประเมินผล (Reflection) 1)ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การนิเทศติดตามยังไม่ต่อเนื่อง 2)การจัดสรรงบประมาณ Syringe Diver เติงและเครื่องผลิตออกซิเจนยังไม่เพียงพอ 3)ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาล มีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่างกัน การพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมไปถึงเครือข่ายที่อยู่ในชุมชน เช่น อสม. นักบริบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มนี้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 4)ด้านระบบการให้บริการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน 5)ด้านยาและเวชภัณฑ์ พยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และนักบริบาลชุมชนบางพื้นที่ยังขาดความรู้และทักษะในการใช้ Syringe Diver การใช้ยาแผนแปะเพื่อลดปวด 6)การสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน เช่น การสื่อสารว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ปฏิเสธ

การบำบัดทดแทนไต ต้องการดูแลแบบ
ประคับประคอง เป็นต้น

**การพัฒนาในวาระปีที่ 2 วาระปีที่ 2 พฤษภาคม –
สิงหาคม 2567** ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลและ
ระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ทีมสหสาขา
วิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดการกำหนด
บทบาทหน้าที่ของทีม แนวทางการสื่อสารในระบบ
HOSXP มี Pop up สื่อสารว่าเป็นผู้ป่วย Palliative
Care, Group Line สื่อสารการดูแลผู้ป่วย มีช่องทาง
การขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
จัดทำสื่อแผ่นพับการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง การ
ให้ยาแก้ปวดแบบใช้แผ่นแปะ การนิเทศติดตามใน
พื้นที่งานในชุมชนเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.อบรมในโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้กับ
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไตแบบ
ประคับประคอง ได้แก่ พยาบาลทั้งที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและนิเทศติดตาม
การปฏิบัติงาน

3. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./นัก
บริหารในชุมชน เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
เพื่อให้สามารถประเมินอาการเบื้องต้น การประเมิน
PPS การจัดการอาการในระยะสุดท้าย การใช้
เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น เครื่อง
ผลิตออกซิเจน Syringe Diver การทำแผลและ
ประสานเจ้าหน้าที่ให้ออกดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ หลัง
ฝึกอบรมให้นำความรู้และทักษะไปปฏิบัติงานใน
ชุมชน

การพัฒนาในวาระปีที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567
ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา ได้แก่
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิด
โครงการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไต
เรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
แบบประคับประคองและการรับรู้การวางแผน
ล่วงหน้า โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน
และหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ
ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัด
ทดแทนไตแบบประคับประคองและความพึงพอใจ
การรับรู้การวางแผนล่วงหน้า ที่มาเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลน่าจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี โดยการ
นำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of
Peaceful End of Life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง
ทฤษฎีอธิบายไว้ว่าบุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้อง
ได้รับการดูแลให้อยู่ในภาวะ 5 ด้าน คือ 1.ด้านการไม่
อยู่ในความเจ็บปวด (Not Being in Pain) 2.ด้านการ
มีประสบการณ์ของความสบาย (Experience of
Comfort) 3.ด้านการมีประสบการณ์ของความมี
ศักดิ์ศรี (Experience of Dignity) 4.ด้านการอยู่ใน
ความสงบ (Being at Peace) และ 5.ด้านการมีความ
ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน
(Closeness to Significant Other) การดำเนินใน
วาระปีนี้ กลุ่มเป้าหมาย 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้
ประกอบด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณและการ
วิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิง
ปริมาณที่ได้จากการเก็บรวบรวมผ่านแบบประเมิน
ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและ
ญาติผู้ดูแล ได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ

(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ ได้ใช้ สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อพิจารณาว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า $p < 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน นำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้สาระสำคัญที่สะท้อนปรากฏการณ์หรือประเด็นการดูแลที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของพื้นที่ศึกษา การใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ครอบคลุมทั้งมิติของผลลัพธ์เชิงสถิติและความเข้าใจเชิงลึกในบริบทของระบบการดูแลที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายอย่างเป็นรูปธรรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567 – 2

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 30 ราย พบว่าในช่วงปี 2567 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 75.38 ปี มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 66.66) PPS

ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 11 ราย (ร้อยละ 36.66) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย 24 ราย (ร้อยละ 80.00) รองลงมาคือปวด 8 ราย (ร้อยละ 26.66) และบวม 7 ราย (ร้อยละ 23.33) ยาที่ใช้มากที่สุด คือ Furosemide injection มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 23 ราย (ร้อยละ 76.66) ระบบการดูแลที่ผ่านมา พบโอกาสพัฒนา คือ 1.ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลักแต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2.ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจนไม่เพียงพอ 3.ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 4.ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษายังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพการมีส่วนร่วมของทีมพบว่า การประสานเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5.การจัดหายาและเวชภัณฑ์ มีกรอบบริหารจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6.ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน

2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย มีแนวทางปฏิบัติ และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ต้องเพิ่มกรอบบริหารจัดการอาการมีระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

3. ประเมินผลการพัฒนาจากการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 30 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19

ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวรวมมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 56.66) รองลงมา คือเบาหวาน 12 (ร้อยละ 40) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 10 ราย (ร้อยละ 33.33) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คืออ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา คือหอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และสับสน 3 ราย (ร้อยละ 10) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 94.74 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการ

วางแผนล่วงหน้า จากการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.61$ $p<.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลรักษาแบบประคับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.65$, $p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการทดแทนไตแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ($n=30$) $p<.05$

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	74.06	4.5	64.39	4.66	8.61	29	< .000
ญาติผู้ดูแล	80.05	3.97	69.92	3.64	9.65	29	< .000

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการ จึงทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.1$, $p<.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.2$, $p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ($n=30$) $p<.05$

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.81	2.05	35.56	1.89	-10.1	29	.000
ญาติผู้ดูแล	32.1	1.58	36.07	1.56	-9.2	29	.000

จากตารางสามารถอธิบายได้ความหมายว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายโรงพยาบาลน่าจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เป็นหลักสำคัญ เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จากการดำเนินการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาดังกล่าวพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองของโรงพยาบาลน่าจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ด้านการนำและการบริหารจัดการ (Governance): แม้ว่าจะมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังคงขาดโครงสร้างการบริหารจัดการแบบองค์รวมที่มีการบูรณาการทุกภาคส่วนของทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการ

ดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย

2) ด้านงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์: การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการให้ยืมอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยังขาดความชัดเจนในเชิงระบบ และทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอรองรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะท้ายของชีวิต

3) ด้านบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ: การพัฒนาศักยภาพของทีมนักสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชนยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึง ทีมผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันในด้านทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อีกทั้งยังขาดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตและความสงบในวาระสุดท้าย

4) ด้านการให้บริการ (Service Delivery): แนวทางการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่มี ความชัดเจนและขาดรูปแบบที่เป็นระบบหรือมาตรฐานกลาง ทำให้แนวทางปฏิบัติของบุคลากรอาจไม่สอดคล้องกัน และอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

5) ด้านยาและเวชภัณฑ์: การจัดหายาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการในผู้ป่วยระยะท้ายยังจำกัดอยู่ในกรอบรายการยาบางรายการเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลให้การควบคุมอาการและความเจ็บปวดอาจไม่สมบูรณ์

6) ด้านระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ: ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ ยังไม่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และขาดข้อมูลสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ข้างต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุญ และคณะ¹⁵ ที่ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดย

พบว่า ชุมชนประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหลายด้าน เช่น ผู้ดูแลขาดทักษะและประสบการณ์ ในการดูแล ขาดระบบสนับสนุนด้านเครื่องมือและงบประมาณ รวมถึงไม่มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลและ เครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ การประชุมเชิง ปฏิบัติการกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่จึงเป็นกลไก สำคัญที่ใช้ในการสะท้อนปัญหา และร่วมกันวางแผน การปรับปรุงระบบดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2: เพื่อพัฒนาระบบการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะ หลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผลการดำเนินงานตาม วัตถุประสงค์ข้อนี้ พบว่าการพัฒนาระบบการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายครอบคลุม องค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้ :

1) ด้านการนำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance): มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการ บำบัดทดแทนไต โดยคณะกรรมการดังกล่าว ประกอบด้วยบุคลากรจากหลายภาคส่วน ทั้งจาก โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สด.) และเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน เชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำแผนปฏิบัติ การระดับอำเภอ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน พร้อม กลไกติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง

2) ด้านการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร (Resource Allocation): มีการจัดตั้งศูนย์บริการเพื่อ บริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พร้อมทั้งมีการจัดสรร งบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือ ทางทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนค่าตอบแทน สำหรับบุคลากรในการออกเยี่ยมผู้ป่วยเชิงรุกใน ชุมชน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

3) ด้านกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร (Human Resources): มีการพัฒนาทีมสห

สาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนอย่างครอบคลุม โดยมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้ง แพทย์ เภสัชกร พยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาล วิชาชีพใน รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงนักบริบาลในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการแต่งตั้งพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ พยาบาล ประสานการดูแล (PCCN) และพยาบาลดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง (PCWN) เพื่อให้สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน โดยมีการฝึกอบรมทั้งด้าน ทักษะการประเมินสุขภาพ การใช้เครื่องมือทาง การแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการให้การดูแล ตามหลักการดูแลแบบประคับประคองอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งมีการจัดทีมออกเยี่ยมในชุมชนเพื่อฝึก ฝาทักษะการประเมินสุขภาพ การให้เครื่องมือทาง การแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการให้การดูแล ตามหลักการดูแลแบบประคับประคองอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งมีการจัดทีมออกเยี่ยมในชุมชนเพื่อฝึก ฝาทักษะการประเมินสุขภาพ การให้เครื่องมือทาง การแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการให้การดูแล ตามหลักการดูแลแบบประคับประคองอย่างครบถ้วน

4) ด้านระบบบริการสุขภาพ (Service System): ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน (Care Flow) อย่างชัดเจน โดยเชื่อมโยงการทำงาน ระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกดูแลแบบ ประคับประคอง พร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองและ การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับการจัดทำคู่มือการดูแลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้อง และมีประสิทธิภาพ

5) ด้านยาและเวชภัณฑ์ (Medicines and Supplies): มีการขยายกรอบรายการยาให้ครอบคลุม การจัดการกับอาการที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้ายมาก ยิ่งขึ้น เช่น ยาควบคุมอาการปวด ยาลดอาการหายใจ ลำบาก และยาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เพื่อ รองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งใน โรงพยาบาลและที่บ้าน

6) ด้านระบบข้อมูลและการสื่อสาร (Information System): ระบบเชื่อมโยงข้อมูลได้รับ การพัฒนาให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระบบ HosXP ร่วมกับการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE และโทรศัพท์ในการติดตามการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยให้การประสานงานระหว่างบุคลากรทาง การแพทย์ในโรงพยาบาลและในชุมชนเกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็ว และมีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้ทันต่อสถานการณ์

การพัฒนาระบบการดูแลดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้แนวทางการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายทุกระดับ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาระบบร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาโดยอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน อันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นได้ในอนาคต

ผลการดำเนินงานข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนภรณ์ รักษาติ และคณะ¹⁶ ที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในจังหวัดลำปาง โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ “หมู่บ้านปลอดภัย” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ (1) การเชื่อมโยงระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ (2) การเสริมสร้างความรู้ที่ทันสมัย (3) การประยุกต์หลัก “บวร” ในการบูรณาการการทำงานร่วมกัน (4) การจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน (5) การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามวัฒนธรรมท้องถิ่น และ (6) การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ทั้งนี้ ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมให้บริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อระบบบริการและการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลที่อยู่ในระดับสูงมาก

การประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด

ราย 30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วมมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 56.66) รองลงมา คือเบาหวาน 12 (ร้อยละ 40) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60% 10 ราย (ร้อยละ 33.33) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย 15

ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา คือหอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 13.33) และสับสน 3 ราย (ร้อยละ 10) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน ร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังได้โปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบว่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลรักษาระยะท้าย พบว่าสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ เช่นกันกับการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์¹⁷ ที่พบว่าหลังการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์¹⁷ และ นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์¹⁸ ที่พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมี

ความพึงพอใจสูงขึ้น อาการปวด ความเครียด และความกังวลของผู้ป่วยลดลง ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับมาก

จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้รับการดูแลที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแล รักษาในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล แพทย์หรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลรักษาระยะท้ายที่ดูแลรักษาได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและครอบครัว ได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีและเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความ พึงพอใจ

ระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์¹⁸พบว่าหลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยได้รับการปวดลดลง ความเครียดและความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยยึดหลักทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสุขสบาย ปราศจากความเจ็บปวด การมีศักดิ์ศรี ความสงบ และความใกล้ชิดกับคนที่รัก มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างยิ่ง การบรรเทาความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติสามารถยอมรับภาวะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นไปตามหลัก “การตายดี” (Good Death)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในพื้นที่ โดยปรับให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง

ทั้งในระดับโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อประเมินความต่อเนื่อง
ของระบบการดูแล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิง

ระบบ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาและปรับปรุง
การดำเนินงานของแต่ละหน่วยบริการให้มี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. นนทบุรี: สวรส.; 2562.
3. ศุภพร ไซคำ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2567;4(1):106-107.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคอง. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. นนทบุรี: สวรส.; 2562.
6. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
7. โรงพยาบาลนาจะหลวย. รายงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2564-2566. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลนาจะหลวย; 2566.
8. Kemmis, S., McTaggart, R., & Retallick, J. The action research planner (2nd ed.). Revised. Aga Khan University, Institute for Educational Development, Karachi ; 2004 .
9. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996;12(1):5-11.
10. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care. 1991;7(2):6-9.
11. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):17-24.
12. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the POS. J Pain Symptom Manage. 1999;17(4):298-306.
13. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale (POS) ฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2545.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. Nurs Outlook. 1998;46(4):169-75.
15. กาญจนา จันทะนุญ, สุภาวดี ว่องวุฒิกุล, อัจฉรา คำภูมิ, วรณิ จันทร์หอม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(3):116-30.
16. รัตนภรณ์ รักชาติ, อีรารัตน์ ขาดิอุดม, วรณา วรณศรี. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):213-27.
17. ช่อทิพย์ พรหมมรัตน์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
18. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(2) 38-45