

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายหลัง การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในชุมชน

Clinical Outcomes and Quality of Life of Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease following Advance Care Planning in the Community

ญาณิพิชย์ เพชรรามพะเนา

Yanipit Pechrampanao

วริศรา ปันทองกลาง

Warissara Panthonglang

ปณณทัต บณขุนทด

Punnathut Bonkhunthod

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima

Rajabhat University

DOI: <https://doi.org/10.14456/dcj.2026.24>

Received: August 9, 2025 Revised: March 17, 2026 Accepted: March 29, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน 2) พัฒนาระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 20 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธี Content Analysis ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างบริการ ทรัพยากร และการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ ภายหลังการพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยมีความชัดเจนในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษามากขึ้น โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 56.7 ขณะที่การเลือกการบำบัดทดแทนไตลดลงจากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 43.3 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$ และ 0.019 ตามลำดับ) ระดับโพแทสเซียมลดลง และค่า Hematocrit เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.005$ และ 0.001 ตามลำดับ) รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา Erythropoietin เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 38.2 ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) โดยคะแนนด้านภาระของโรค อาการ และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ประจำวันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$, 0.028 และ <0.001 ตามลำดับ) สรุปได้ว่า ระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน ช่วยส่งเสริมการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาอย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ติดต่อผู้พิมพ์: วริศรา ปันทองกลาง

อีเมล: Warissara.p@nrru.ac.th

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) examine the situation and problems in caring for patients with end-stage chronic kidney disease in the community; 2) develop an advance care planning (ACP) process appropriate to the local context; and 3) evaluate the effects of the model on clinical outcomes, quality of life, and treatment decision-making. The sample consisted of 20 patients. Data were collected between January and April 2025. Research instruments included a demographic questionnaire, a quality-of-life assessment, and a clinical outcomes record form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and compared before and after the intervention using paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed that the existing care system had limitations in service structure, resource allocation, and multidisciplinary communication. After implementing the ACP process, patients demonstrated clearer treatment decision-making. The proportion of patients choosing palliative care increased from 30.0% to 56.7%, while those choosing renal replacement therapy decreased from 70.0% to 43.3%. Clinical outcomes showed significant reductions in systolic and diastolic blood pressure ($p=0.010$ and 0.019 respectively) and serum potassium levels, along with a significant increase in hematocrit levels ($p=0.005$ and 0.001 respectively). Additionally, the proportion of patients receiving erythropoietin increased from 2.9% to 38.2%. Quality of life significantly improved, with overall scores increasing ($p=0.003$). Scores related to disease burden, symptoms, and the impact on daily life significantly decreased ($p<0.001$, 0.028 and <0.001 respectively). In conclusion, the participatory ACP process effectively enhanced informed treatment decision-making and led to significant improvements in clinical outcomes and quality of life among patients with end-stage chronic kidney disease in the community.

Correspondence: Warissara Panthonglang

E-mail: Warissara.p@nrru.ac.th

คำสำคัญ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า;
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย;
การดูแลแบบประคับประคอง; คุณภาพชีวิต

Keywords

advance care planning; end-stage chronic kidney disease; palliative care; quality of life

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นในระดับโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ภาวะดังกล่าวทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease:

ESRD) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเลือกระหว่างการบำบัดทดแทนไตหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)⁽¹⁾ ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2567 มีรายงานสัดส่วนของโรคไตเรื้อรังในประชากรผู้ใหญ่ ร้อยละ 17.5 ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับชาติ โดยมีสัดส่วนสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 22.2⁽²⁾ ข้อมูลระบาดวิทยาพบว่า โรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะสุดท้ายมีความชุกประมาณร้อยละ 0.3 ในภาคตะวันออกเฉียง

เหนือ และในบางชุมชนพบผู้ป่วยโรคไตราว 20-25 คนต่อประชากร 100 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ⁽²⁾ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2567 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 1.12 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ป่วยในระยะที่ 3 ถึง 5 ประมาณ 500,000 คน ระยะที่ 4 มากกว่า 120,000 คน และระยะที่ 5 อยู่ที่ประมาณ 75,000 คน⁽³⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงภาระโรคที่สูงและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลล่วงหน้า การคัดกรองเชิงรุก และแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือ Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand (CKDNET) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การชะลอการดำเนินโรค จนถึงการเข้าถึงการดูแลระยะสุดท้าย โดยเน้นความร่วมมือของเครือข่ายสาธารณสุข ชุมชน และทีมวิจัย⁽⁴⁾ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไว้เป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดการรักษาที่เกินความจำเป็น และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย^(2,6) แต่การเข้าถึงการดูแลดังกล่าวในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือ End-Stage Renal Disease (ESRD) ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว การขาดระบบสื่อสารในทีมสุขภาพ และโครงสร้างบริการที่ยังไม่รองรับอย่างครบถ้วน⁽⁵⁾ เป็นต้น

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า โดยมีเป้าหมายให้การดูแลสอดคล้องกับค่านิยม ความต้องการ และคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วย⁽⁷⁾ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกกระหว่างการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ซึ่งช่วยยืดอายุการรอดชีวิตแต่มีภาระการรักษาและข้อจำกัดด้านคุณภาพชีวิต กับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต งานวิจัยชี้ว่าการดำเนินการ ACP อย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจทางเลือกการรักษาและสามารถตัดสินใจได้เหมาะสมยิ่งขึ้น⁽⁷⁾ ในบริบทของประเทศไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ESRD โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต ดังนั้นการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการตัดสินใจด้านการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยกระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนา ACP แบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับบริบทของรพ.สต. ซึ่งบูรณาการบทบาทของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพเครือข่ายชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ผ่านการสื่อสารอย่างเป็นระบบ การใช้เครื่องมือ ACP ที่เหมาะสม และการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลระหว่างระดับบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจทางเลือกการรักษา สามารถแสดงความต้องการและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การเลือกแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่าและบริบทชีวิตของตนเอง และเพิ่มการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และทางเลือกการรักษา

ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และสนับสนุนการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมในระดับชุมชน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ยังไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 20 ราย ซึ่งเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2568 โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากข้อมูลเวชระเบียนและคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลคลินิกโรคไต เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ($eGFR < 15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$)
2. ยังไม่ได้รับคำแนะนำและการบำบัดทดแทนไต (Dialysis หรือ CAPD)
3. ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อการวิจัย โดยไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านการรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกคัดออก หากมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลเช่น อยู่ในภาวะวิกฤตทางการแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient's characteristics) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรคไต (ตามค่า eGFR) และโรคร่วม ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินปัญหาการดูแลผู้ป่วยและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคไต (Knowledge Assessment) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (The Nephrology Society of Thailand)⁽¹⁾ เพื่อประเมินระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกการรักษา ได้แก่ การฟอกไต การล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลแบบประคับประคอง ครอบคลุมข้อดี ข้อจำกัด กระบวนการรักษา และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยประกอบด้วย 15 ข้อ ให้คะแนนข้อถูกต้อง 1 คะแนน ข้อผิดหรือไม่แน่ใจ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-5 หมายถึง ความรู้ต่ำ 6-10 หมายถึง ความรู้ปานกลาง และ 11-15 หมายถึง ความรู้สูง⁽¹⁾

เพื่อประเมินความพร้อมและความเข้าใจของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) พัฒนามาจาก WHOQOL-BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ หรือปรับใช้ตามบริบทผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น WHOQOL-BREF หรือ KDQOL-36 ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ สภาวะทางกาย สภาวะทางใจ อาการจากโรค ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 1-5 การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-33.33 หมายถึง ต่ำ 33.34-66.67 หมายถึง ปานกลาง และ 66.68-100 หมายถึง สูง⁽⁸⁾

4. แบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP Form) ประยุกต์จากแนวคิดของ Sudore RL et al.⁽⁹⁾ ใช้บันทึกความต้องการและความเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง การแปลผลพิจารณาจากการสรุปเนื้อหาความต้องการและการตัดสินใจของผู้ป่วย

ที่บันทึกไว้ในแบบฟอร์ม เพื่อสะท้อนแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยเลือกและความสอดคล้องกับการดูแล

5. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Data Form) ใช้บันทึกข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ค่า eGFR, Systolic blood pressure, Diastolic blood pressure, Fasting Blood Sugar, HbA1C, Hematocrit และ Potassium เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

6. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก/การสนทนากลุ่ม (In-Depth Interview/Focus Group Guide) ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแลหลัก เน้นประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเด็นคำถาม ได้แก่ คุณมีประสบการณ์อย่างไรกับการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรคไตของคุณ/ผู้ป่วยหรือไม่ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ช่วยให้คุณเข้าใจทางเลือกการรักษาและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง คุณรู้สึกมั่นใจหรือพร้อมมากน้อยเพียงใดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาหลังจากทำ ACP การมี ACP ส่งผลต่อความรู้สึก ความสบายใจ หรือความเครียดของคุณอย่างไร คุณมีความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไรในการปรับปรุงกระบวนการ ACP ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (สำหรับทีมสหวิชาชีพ) คุณพบความท้าทายหรือข้อจำกัดใดในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการทำ ACP และ(สำหรับผู้ป่วย/ญาติ) คุณอยากให้ทีมพยาบาลช่วยสนับสนุนด้านใดเพิ่มเติมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP Form) เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของ

ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try-out) จำนวน 10 ราย ซึ่งไม่รวมอยู่ในการวิจัยหลัก และประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคไตมีค่า $\alpha = 0.78$ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีค่า $\alpha = 0.85$ สำหรับแบบสัมภาษณ์แนวความคิดการตัดสินใจได้ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและโครงสร้างคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนการเก็บข้อมูลจริง จากผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการทดสอบนำร่อง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงถ้อยคำของบางรายการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยปรับภาษาให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และลดความคลุมเครือ เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความรู้และบริบทของผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน ดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางการ

ดำเนินงาน ในประเด็นระบบการดูแลผู้ป่วยในหลายมิติ ได้แก่ การนำองค์กรที่ยังขาดการบริหารจัดการเชิงระบบ ในภาพรวม การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่ไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับใช้ที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ครอบคลุม รวมถึงความแตกต่างด้านทัศนคติและทักษะการสื่อสาร ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ แนวทางการให้บริการยังไม่เป็นรูปธรรม รายการยาและเวชภัณฑ์มีข้อจำกัด และระบบเชื่อมโยงข้อมูลยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยรวม จากนั้นพัฒนาเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งด้านความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนและดำเนินการใช้แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP Form) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลจำนวน 20 ราย โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลชุมชนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ได้แก่ การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นบันทึกความต้องการของผู้ป่วยและการตัดสินใจไว้ในแบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเวชระเบียนของหน่วยบริการ พร้อมทั้งสังเกตและติดตามผลการดำเนินงาน จากนั้นนำผลการดำเนินงานมาร่วมสะท้อนผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพเพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 3 การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการ โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น eGFR ความดันโลหิต และค่าฮีมาโตคริต รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติไม่อิงพารามิเตอร์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลัง ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสะท้อนประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาการดูแล ใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ โดยรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean difference) พร้อมระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ $p < 0.05$

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการเข้ารหัสข้อมูล การจัดหมวดหมู่ และการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่สะท้อนประสบการณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เลขที่ 119-2024 วันที่ 15 กรกฎาคม 2567 โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรม ได้แก่ หลักผลประโยชน์ หลักเคารพในความเป็นบุคคล และหลักความยุติธรรม ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) เพศชายจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45.0) มีอายุ 60-69 ปี มากที่สุดจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35.0) รองลงมา คือ 50-59 ปีจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 30.0) โรคร่วมคือ ความดันโลหิตสูง (HT) และเบาหวาน (DM) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 30.0) และสิทธิการรักษามากที่สุด คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ บัตรผู้สูงอายุ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 35.0) ตามลำดับ

สถานการณ์และปัญหาจากทีมสหวิชาชีพ พบว่า 1) ด้านการนำองค์กรพบว่า มีผู้รับผิดชอบดูแลหลัก แต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 5) การจัดหา ยา และเวชภัณฑ์ที่มีกรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น และ 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อให้เข้าถึงทางเลือกที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการนำองค์กร และธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอเนืเทศ ติดตาม 2) การจัดสรรงบประมาณ มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมให้งบประมาณค่าตอบแทนออกติดตามเยี่ยมเชิงรุก

ในชุมชน มี 3) ด้านกำลังคน มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย เช่น แพทย์ เกษัชกร พยาบาล ทั้งใน รพ. และ รพ.สต. อสม./นักบริบาลในชุมชน จัดให้มีพยาบาล PCWN, PCCN ครอบคลุมพัฒนาศักยภาพอสม./นักบริบาลในชุมชนเพื่อให้สามารถประเมิน/ประสานการดูแล การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา การทำแผล และการดูแลอื่น ๆ ได้ ร่วมเป็นทีมติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อฝึกภาคปฏิบัติ

4) ระบบการให้บริการ มีแนวทางปฏิบัติ Flow การทำงาน มีการเชื่อมต่อระหว่างคลินิกโรคไตกับคลินิกดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการวางแผนล่วงหน้า 5) การจัดหา ยา และเวชภัณฑ์ เพิ่มกรอบยาจัดการอาการ 6) ระบบข้อมูลระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ดีขึ้น มีการสื่อสารในระบบ Hos-xp, Application Line, โทรศัพท์

ภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าค่าทางคลินิกส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Diff} = -13.03, p=0.010$) เช่นเดียวกับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\text{Diff} = -4.68, p=0.019$) นอกจากนี้ ค่า Hematocrit เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Diff} = +5.09, p=0.001$) และระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\text{Diff} = -0.50, p=0.005$) สะท้อนถึงภาวะทางคลินิกที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ค่า eGFR, ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) และค่า HbA1C แม้จะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ไม่พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ($p=0.359, 0.129$ และ 0.181 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนาการดูแล (n=20)

Table 1 Clinical outcomes of patients with chronic kidney disease before and after care development (n=20)

Variable	Mean±SD			p-value ¹
	Pretest	Posttest	Diff=Posttest-Pretest	
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	14.83±6.26	14.25±6.12	-0.58±2.10	0.359
Systolic BP (mmHg)	139.47±15.01	126.44±12.23	-13.03±11.45	0.010
Diastolic BP (mmHg)	69.94±9.11	65.26±9.27	-4.68±6.80	0.019
FBS (mg/dL)	143.35±53.84	120.45±57.91	-	0.129
HbA1C (%)	7.66±2.05	7.14±1.92	-0.52±1.20	0.181
Hematocrit (%)	27.30±6.20	32.39±3.69	+5.09±3.21	0.001
Potassium (mmol/L)	4.81±0.83	4.31±0.60	-0.50±0.42	0.005

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแผนการดูแล พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านภาระของโรคไต (Burden of kidney disease) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ด้านอาการและปัญหาจากโรคไต (Symptoms and problems) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และผลกระทบของโรคต่อการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน (Effects on daily life) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.028$, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ในขณะที่ด้านสุขภาพกาย (Physical health) และด้านสุขภาพจิต (Psychological health) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.585$ และ 0.602 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการพัฒนาแผนการดูแล (n=20)

Table 2 Comparison of quality of life in patients with chronic kidney disease before and after the implementation of an advance care plan (n=20)

QoL Dimensions	Mean±SD					p-value ¹
	Pretest	Level	Posttest	Level	Diff=Posttest-Pretest	
Physical	18.08±1.31	Moderate	18.32±2.38	Moderate	+0.24±1.95	0.585
Psychological	15.23±2.43	Moderate	15.44±1.05	Moderate	+0.21±2.10	0.602
Burden	19.05±2.81	High	14.79±3.83	Low	-4.26±3.15	<0.001
Symptoms	38.51±5.63	High	34.57±13.99	Moderate	-3.94±9.72	0.028
Daily life	21.41±3.01	High	18.17±5.15	Moderate	-3.24±4.08	<0.001
Overall QoL	97.35±16.85	Low	110.02±11.26	Moderate	+12.67±13.20	0.003

วิจารณ์

อธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดเชิงระบบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับบริการปฐมภูมิหลายประการ ได้แก่ การนำองค์การที่ยังขาดกลไกบริหารจัดการในภาพรวมของระบบ

บริการ การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ยังไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนที่ยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีทัศนคติ ความรู้ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวแตกต่างกัน นอกจากนี้ แนวทางการให้บริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่เป็นรูปธรรม ขณะที่ระบบสนับสนุนด้านยา เวชภัณฑ์ และการเชื่อมโยง

ข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังมีข้อจำกัด ส่งผลต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสภาพปัญหาการดูแลยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายขาดประสบการณ์ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย⁽⁵⁾ และขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังขาดงบประมาณสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในชุมชน ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน ได้นำประเด็นปัญหาที่ได้มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาปรับปรุงจนเกิดระบบที่เหมาะสมกับพื้นที่⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อการพัฒนา รูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อให้เข้าถึงทางเลือกที่เหมาะสม ผลการศึกษาภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับพื้นที่ สะท้อนให้เห็นการพัฒนาระบบบริการในหลายมิติ ได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการและคณะกรรมการระดับอำเภอที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานมีทิศทางและความเป็นระบบมากขึ้น การสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณและการบริหารจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างคลินิกโรคไตและคลินิกดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการเพิ่มกรอบยาสำหรับการจัดการอาการและการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น จากการพัฒนาระบบดังกล่าวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการ

ออกแบบพัฒนาระบบบริการร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ส่งผลให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการที่ดีขึ้นโดยการมีส่วนร่วม⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลระยะลาที่พบว่า ASCE Model เป็นแนวทางการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ A (Advance care plan) คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจเป้าหมายการรักษา และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต (Symptom Management) คือการจัดการอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปวด เหนื่อย ตะคริว ชีต และคัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น C (Coordinate) คือการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพหลายฝ่าย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และ E (End of Life Care) คือการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบตามความประสงค์ โดยมีทีมประคับประคองเป็นผู้ดูแล และประสานงานในพื้นที่⁽¹¹⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการวางแผนล่วงหน้าต่อการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษาค้นนี้มีอาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ หอบเหนื่อย ร้อยละ 21.1 และสับสน ร้อยละ 15.8 ผู้ป่วยได้รับการทำการวางแผนล่วงหน้าทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านร้อยละ 94.7 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการได้รับโปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน พบว่าค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ในกลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน และในกลุ่มผู้ดูแลลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายสุขภาพสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ในลักษณะประคับประคองให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ รวมทั้งตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และความรู้สึกไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นต้น⁽¹³⁾ เมื่อผู้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั้นหมายความว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลที่ดีส่งผล ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโสธร พบว่าหลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น มีอาการปวดลดลงความเครียด และความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยรวม

อยู่ในระดับมาก⁽¹⁴⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่รายงานว่า การดำเนินกระบวนการดูแลแบบประคับประคองหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ได้ทำให้ระดับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของ Noble HR et al.⁽¹⁵⁾ ในโครงการ PACKS ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองโดยไม่ฟอกไต พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับสูง แม้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้ว และการศึกษาของ ชุมศรี ต้นเกตุ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่า แม้การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเพิ่มความรู้และการจัดการดูแลผู้ป่วยได้ แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตหรืออาการของผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในทุกด้าน ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการและการติดตามดูแลในชุมชน⁽¹⁶⁾

สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) โดยใช้แนวทางการมีส่วนร่วมสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเกิดการบูรณาการบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว ผ่านแนวทางปฏิบัติ และเครื่องมือที่ชัดเจน ควบคู่กับระบบสื่อสารและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแล กลไกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจทางเลือกการรักษา และสามารถตัดสินใจได้อย่างมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับคุณค่าของตนเองมากขึ้น สะท้อนจากการเพิ่มขึ้นของการเลือกการดูแลแบบประคับประคองและการปรับตัวของผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้น ACP แบบมีส่วนร่วมในบริบทรพ.สต. จึงเป็นทั้งเครื่องมือเชิงคลินิกและกลไกเชิงระบบที่ช่วยยกระดับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับปฐมภูมิให้มีความต่อเนื่อง เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทชุมชนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยในครั้งนี้

1. โรงพยาบาล และผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ ควรสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือมีภาวะโรคร่วมรุนแรง

2. การบูรณาการระบบสารสนเทศ (เช่น HosXP, NCD-IT) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ และการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ทีมสุขภาพ ควรส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และเพิ่มศักยภาพพยาบาลประจำประคอง พยาบาล CKD รวมถึง อสม. ให้สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ในชุมชน ควรจัดอบรมเกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารแบบมีความหมาย เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วย และครอบครัว ควรได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา ทั้งแบบประคับประคองและการบำบัดทดแทนไต พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่เนิ่นๆ ควรได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลตอบโจทย์ด้านกาย ใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่าง ควรศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังจากหลายโรงพยาบาลหรือหลายจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบผลของการดูแลแบบประคับประคองในบริบทที่แตกต่างกัน

2. การเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล ควรศึกษาผลระยะยาวของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ต่อคุณภาพชีวิต อัตราการเข้าโรงพยาบาลหรือการเสียชีวิตอย่างสงบในชุมชน

3. การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับกลุ่มที่ไม่ได้รับ เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของแนวทางนี้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย การตัดสินใจของญาติ

และภาระของระบบสุขภาพ

4. การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านความรู้สึก ความพึงพอใจ และประสบการณ์ของผู้ป่วยญาติ และผู้ดูแลในการเลือกแนวทาง Palliative Care

5. การศึกษาการนำเทคโนโลยีสนับสนุนการวางแผนล่วงหน้าเช่น แอปพลิเคชันบนมือถือหรือเวชเช่เบี่ยนอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยบันทึกความต้องการของผู้ป่วย และสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1 The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2022. (in Thai)
- 2 Department of Medical Services (TH). Guidelines for end-of-life care. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
- 3 Department of Disease Control (TH). Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, 2025 [Internet]. [cited 2025 Jul 31]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50932&dept-code=brc&news_views=274
- 4 Khon Kaen University. Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand (CKD-NET) [Internet]. 2016 [cited 2025 Jul 31]. Available from: https://ckd.kku.ac.th/?page_id=2
- 5 Udontak A, Wannakoth S, Lamaisri W, Chaisuk Mollerup T. Development of a care system for end-stage renal disease patients without palliative renal replacement therapy with the participation of a multidisciplinary team and a network in Khao Wong District, Kalasin Province. Journal of environmental and community health [Inter-

- net]. 2023 [cited 2025 Jul 31];8(2):532–44. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1564/1049> (in Thai)
6. World Health Organization. Palliative care: Key facts. Geneva:WHO; 2020.
7. Bernacki R, Block SD. Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(12):1994–2003. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5271
8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The World Health Organization Quality of Life Brief Version, Thai edition (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet]. 2015 [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
9. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821–32. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
10. Department of Medical Services (TH). Guidelines for end-stage patient care. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2019. (in Thai)
11. Siriyapan S, Chaigate N, Suntarutti N. Development of renal palliative care for end-stage renal disease with denial renal replacement therapy in Yala Hospital. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 31];4(2):1–15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/245298> (in Thai)
12. Promarat C. The result of home palliative care model development, Ban Hong health network, Ban Hong district, Lamphun province. *Lanna public health journal* [Internet]. 2017 [cited 2025 Jul 31];13(1):25–36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/165596/119860> (in Thai)
13. Kidney Society of Thailand. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Bangkok: Kidney Society of Thailand; 2022. (in Thai)
14. Tangpulpolwanit N, Suleesathira N, Chuenta S. The development of palliative care system for end of life patients at Yasothorn Hospital. *Journal of environmental and community health* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 31];5(2):36–45. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252715/170589> (in Thai)
15. Noble HR, Agus A, Brazil K, Burns A, Goodfellow NA, Guiney M, et al. Palliative care in chronic Kidney disease: the PACKS study–quality of life, decision making, costs and impact on carers in people managed without dialysis. *BMC nephrology*. 2015;16(1):104. doi: 10.1186/s12882-015-0084-7.
16. Tonkhet C, Navapongsakorn O, Bonkhunthod P, Chaiwong N. Development of a palliative care model for patients with end-stage chronic kidney disease affecting clinical outcomes and quality of life. *Journal of Environmental Education Medical and Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 31];10(1):20–27. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/280549> (in Thai)