

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด

DEVELOPMENT MODEL OF QUALITY OF LIFE OF FOR END-STAGE KIDNEY DISEASE PATIENTS WHO HAVE NON-DIALYTIC TREATMENT IN CHIANG KHWAN DISTRICT, ROIET PROVINCE

ทินเทวีญ พุทธลา

โรงพยาบาลเชิงขวัญ

Tintawan Puttala

Chiang Khwan hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาและประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไตของอำเภอเชิงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการพัฒนาประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล การจัดบริการ telemedicine 2) เครื่องมือในการประเมินผลโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวาย (KDQOL-SF) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย paired t test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 32 คน เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 71.37 ปี โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 65.62 ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 31.25 สุขภาพ ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 78.12 ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวร้อยละ 93.75 และเหตุผลที่ไม่ต้องการ ฟอกไตทั้งทางเส้นเลือดและหน้าท้อง คือ ไม่มีเงิน ไม่มีญาติพาไป ร่างกายตนเองอ่อนแอไม่พร้อม รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ โดยใช้กรอบ PDCA ประกอบด้วยการวางแผน การดำเนินงานตามแผน เป็นระยะเวลา 6 เดือน การตรวจสอบถึงการดำเนินตามแผน ทบทวนถึงขั้นตอนกระบวนการไหนที่ควรปรับปรุง และขั้นตอนการปรับปรุงระบบบริการคลินิก โรคไตวายเรื้อรังให้ได้คุณภาพ จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาภาพรวมมีระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย หลังการพัฒนาสูงขึ้น ($\bar{X} = 59.66$, S.D. = 8.96) และ ($\bar{X} = 65.73$, S.D. = 6.07) ตามลำดับและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติสุขภาพจิตมีบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์มีติดอาการแสดงต่างๆ และมีผลกระทบจากโรคไต ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต ได้รูปแบบประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย ประเมินติดตามอาการทุกเดือน ให้การรักษาตามปัญหาที่ผู้ป่วยมี เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพและเยี่ยมทาง Telemedicine เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีพลังในการดำเนินชีวิต รวมถึงการมีทักษะของ ทีมสหวิชาชีพในความใส่ใจ ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเสียสละในการให้บริการ และการนำข้อมูลมาทบทวนการดูแลร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในการทำงาน

ได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการของคลินิกโรคไตวายเรื้อรังได้โดยเฉพาะผลลัพธ์ถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย,การรักษาแบบไม่ฟอกไต

Abstract

This research was research and development. The objective was to develop a model for developing and evaluating the quality of life of patients with end-stage kidney disease who non dialytic treatment in Chiang Khwan District, Roi Et Province. The sample was purposively selected, namely 32 patients with stage 4-5 chronic kidney disease who rejected dialysis. The tools used consisted of 1) Tools for development by applying the concept of behavior modification using the 5A technique together with individual counseling and telemedicine services 2) Evaluation tool by the Kidney Failure Patients Quality of Life Questionnaire (KDQOL-SF), It has a Cronbach alpha coefficient of 0.80. Data analysis Descriptive statistics were used. Compare the means before and after development using paired t tests.

Results: The sample group consisted of 32 people, 62.5% female, average age 71.37, Congenital disease was only high blood pressure, 65.62%, high blood pressure combined with diabetes, 31.25%, health was not strong but they could take care of themselves, 78.12% The caregivers were family members, 93.75%, and the reasons for not wanting both intravenous and abdominal dialysis were lack of money, no relatives taking them, your own body is weak and not ready. The quality of life development model applies the concept of behavior modification using the 5A technique using the PDCA framework, consisting of planning steps for organizing activities. Steps for implementing the plan for a period of 6 months. Steps for checking the implementation of the plan. Review which process steps should be improved. Evaluate results during and at the end of care. and steps to improve the kidney clinic service system to ensure quality. From comparing the quality of life before and after development, the overall level was moderate. There was a higher mean score after development ($\bar{X} = 59.66$, S.D. = 8.96) and ($\bar{X} = 65.73$, S.D. = 6.07) respectively and has a statistically significant difference of 0.05. and Role dimensions that are limited due to emotional problems Dimensions of various symptoms and dimensions of the effects of kidney disease There was no statistically significant difference.

Summary of the results of improving the quality of life of patients with end-stage kidney disease who rejected. The format includes Individual education for patients and families, symptom assessment patient quality of life evaluate and follow up every month after treatment. Provide treatment according to the problems the patient has. There are home visits including multidisciplinary visits and telemedicine visits to help with social, family, environmental and other care. that the health team will help patients to take care of themselves, including having the skills of a multidisciplinary team in paying attention patient-centered care in providing services and bringing information errors, review the care together with the specialist doctor Roi Et Center Hospital. As a result, this developed model can be used in real work. It is an appropriate format that allows the development of the service system of the chronic kidney disease clinic, Especially the results on the quality of life of kidney failure patients treated without dialysis.

Keywords: Quality of life , end-stage kidney disease , non-dialytic treatment

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease:CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease:ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายไต แม้ว่าจะเป็นการเลือกที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดหลายประการ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการฟอกไตด้วยหลายเหตุผล (Morton RL, et al. 2012) และเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) การรักษาแบบนี้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานของไต ในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและดูแลจิตใจของคนในครอบครัว เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการสูญเสียโอกาสต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโรคไตเรื้อรัง รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย งบประมาณด้านสาธารณสุขและสังคมของประเทศ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคุณภาพชีวิตมีความเป็นอิสระ ไม่เป็นภาระทั้งตัวเองและคนในครอบครัว (MichaJongejanet al, 2023) ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกตัดสินใจที่จะรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 จึงควรได้รับการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายตามแผนและเป้าหมายที่ผู้ป่วย ทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพิจารณาและให้ความเห็นร่วมกันตลอดจนวางแผนและเป้าหมายการรักษาของตนเองได้ล่วงหน้าหรือเรียกว่า Advance care planning ซึ่งแผนการรักษาและเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เฉพาะบุคคลได้ตามความเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถเลือกรับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทราบถึงข้อดีข้อด้อยและผลข้างเคียงของการรักษาอย่างครบถ้วน รวมถึงอาการ

และอาการแสดงของโรคไตเรื้อรังชัดเจนขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อย เหนือ ภาวะบวม ปวดตามร่างกาย คัน ภาวะซีด การแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมโดยหวังผลเพียงบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต วิธีการบรรเทาอาการอาจเป็นการใช้ยาหรือเวชภัณฑ์อย่างสมเหตุผล การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณีเป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความผ่อนคลาย ความกลัวและวิตกกังวล (ไกรวิพร เกียรติสุนทร (บรรณาธิการ), 2560)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต มี 1) บุคคล 2) ผู้ดูแล 3) ระบบบริการสุขภาพ 4) สิ่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม (ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์, 2564) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ความวิตกกังวล การตระหนักรู้ การเสริมพลัง การนอนหลับ ความพึงพอใจ การได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม จิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (G. Cangini, D. Rusolo, M. Cappuccilli, G. Donati, G. La Manna., 2019) ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการฟอกไต ด้วยข้อจำกัดของโรคร่วม สภาวะของผู้ป่วย ผู้ดูแล สถานะการเงิน การเดินทาง ความเครียด ซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว แยกลงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะไม่รับการรักษาทดแทนทางไต ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (Oluseyi A. Adejumo., et al, 2019) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ จึงควรได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ส่วนมากจะได้รับการประเมินทุก 6-12 เดือน ในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกโรคไตเป็นรูปธรรม แต่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ยังไม่ได้มีการจัดบริการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน ที่ได้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปีงบประมาณ 2566 อำเภอเชียงขวัญ มีผู้ป่วยไตวายทั้งหมด 250 คน (เป็นไตวายระยะที่ 3 จำนวน 55 คน ระยะที่ 4 จำนวน 29 คน ระยะที่ 5 จำนวน 15 คน) มีผู้เข้ารับการฟอกไตทางหน้าท้องและเส้นเลือดจำนวน 12 คน ปฏิเสธการฟอกไต จำนวน 32 คน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมาในโรงพยาบาลเชียงขวัญ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีแพทย์หรือทีมทำงานที่ชัดเจน ขาดการติดตามอาการหรือประเมินคุณภาพชีวิตอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงทำการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้มีรูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

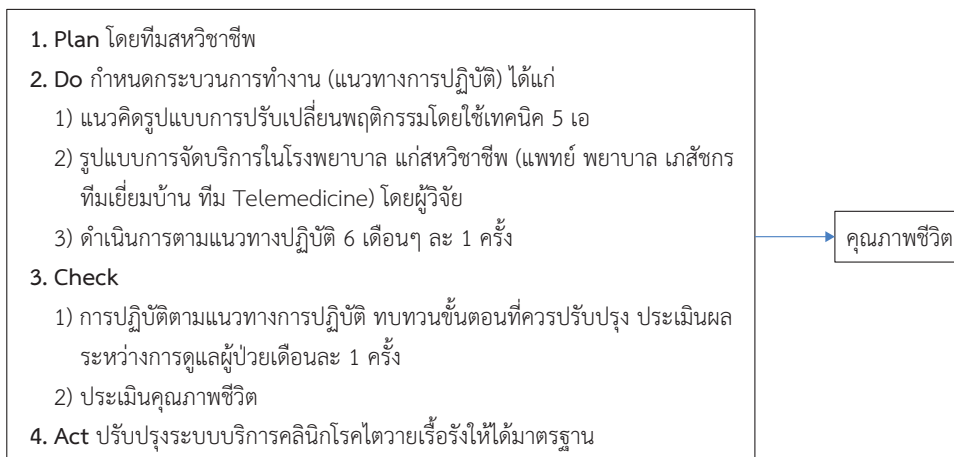
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

กรอบแนวคิด

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (5 A's behavior change model adapted for self-management support) ประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรม (Assess) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับ (Agree) ในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการ และ 5) การติดตามประเมินผลตนเอง (Arrange) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Glasgow RE, EmontS, Miller DC. 2006) โดยใช้กรอบ PDCA ดังภาพที่ 1

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลเชียงขวัญ ได้พัฒนาและได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีคุณภาพ
3. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตทุก 6-12 เดือน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่รักษาแบบไม่ฟอกไต จำนวน 32 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ผู้ป่วยทั้งชายหญิงและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ทั้งเคยและไม่เคยรับการฟอกไต
2. ปัจจุบันรักษาแบบไม่ฟอกไต
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมี Smartphone และยินดีที่จะสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพด้วย application “Line”

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยไปรับการรักษาแบบฟอกไต
2. ย้ายออกนอกอำเภอเชิงขวัญไม่สามารถติดต่อได้
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่รับรอง COE 0742565 ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ ประกอบด้วย

ก.เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต” คือ PDCA ประกอบด้วย

1. **Plan** ได้แก่ การจัดทำคำสั่งและแผนปฏิบัติการประชุมทีมงานถึงกิจกรรมตามแผนจัดทำโครงการเพื่อขอดำเนินการและขอจริยธรรมการวิจัย

2. **Do** ได้แก่ ประชุมทีมจัดทำแนวทางปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายดำเนินตามกิจกรรม 6-7 ครั้งปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (เดือนที่ 0) นำเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากผล e-GFR < 29 ml/min/1.73 m² (ระยะที่ 4 และ 5) คัดกรองและให้ข้อมูล แนวทางการรักษาเรื่องโรคไตเรื้อรัง การส่งต่อแพทย์เฉพาะทางโรคไตที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด รายบุคคล โดยผู้วิจัย กรณีผู้ป่วยส่งต่อหรือปฏิเสธการไปพบแพทย์เฉพาะทาง ผู้วิจัยจะอธิบายถึงแนวทางการดูแลที่จะได้รับจากโรงพยาบาลเชิงขวัญ รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง

โดยอธิบายพร้อมกันกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจเบื้องต้นในแนวทางเดียวกัน โดยย้ำถึงผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาไปเป็นการฟอกไตหรือการไปรับรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ด กับแพทย์เฉพาะทางโรคไตได้ตลอดเวลาและสามารถเปลี่ยนกลับมารักษาแบบประคับประคองได้เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 2 (เดือนที่ 1) ประเมินคุณภาพชีวิต

ก่อนการทำวิจัย และวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าซึ่งผู้ป่วยและญาติจะรับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะแทรกซ้อนของโรค การสังเกตอาการ การจัดการอาการเบื้องต้น การประสานพยาบาลวิชาชีพผ่านทาง Telemedicine เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือมีความวิตกกังวล ความเครียดหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจมีความยากเนื่องจากอาการจะขึ้นๆ ลงๆ เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินเมื่อแพทย์ดูแลจัดการน้ำเกินได้ อาการผู้ป่วยก็จะดีขึ้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงต้องเริ่มพูดคุยตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ มีการทบทวนแผนการดูแลรักษาเป็นระยะตามสภาพอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง (ปาณิสรา สนั่นเอื้อ และสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, 2565.) จะมีการอธิบายข้อมูลที่ได้จากการที่ผู้ป่วยประเมินตนเองในแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยและการส่งการรักษา ขั้นตอนนี้ ผู้รับผิดชอบคือ แพทย์ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพแผนกประคับประคอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 คน

ขั้นตอนที่ 3 (เดือนที่ 2) ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ

ร่างกาย LAB และได้รับการรักษาด้วยแพทย์ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ร่วมกับการรักษาโรคร่วมและบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้ประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและที่ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหรือ Telemedicine คือเครื่องมือที่อยู่ในแบบสอบถาม ได้แก่ 1) อาการและปัญหาจากสภาวะโรคไต ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 2) ผลของสภาวะโรคไตต่อผู้ป่วย 3) การนอนหลับเพื่อให้มีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่องและเป็นการประเมินติดตามอาการที่เกิดขึ้นแล้วได้รับการจัดการที่เหมาะสม) และได้รับข้อมูลการปฏิบัติด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยจะได้รับยา

ประมาณ 5-10 รายการ ผู้ป่วยจะได้พบเภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกไตและคลินิกประคับประคอง รวมถึงการเพิ่มช่องทาง Telemedicine ในการขอรับคำปรึกษากรณีที่ไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 (เดือนที่ 3) เยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน ใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมที่ประเมินเมื่อเดือนที่ผ่านมา พร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลและประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย โภชนาการ ประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยแพทย์ผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน พร้อมประเมินการให้กำลังใจ การเสริมพลัง การร่วมแก้ปัญหาที่ไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้พบ

ขั้นตอนที่ 5 (เดือนที่ 4) ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัดและประเมินอาการผู้ป่วยใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมที่ประเมินครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อ 2 เดือนที่ผ่านมาให้การรักษาและให้คำปรึกษารายบุคคล กรณีที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการลุกลามของโรค ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้น้อยลง ระดับความรู้สึกตัวง่วงซึม ยังไม่สับสนจะได้รับการประสานการดูแลจากทีมประคับประคอง ที่จะประเมินด้วย Palliative Performance Scale (PPS) และให้การรักษาต่อเนื่องโดยแพทย์ผู้วิจัยร่วมกับทีมประคับประคองและทีมเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 6 (เดือนที่ 5) เยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่บ้าน ใช้แบบประเมินอาการฉบับเดิมพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลและประเมินสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย โภชนาการ การรับประทานยา สุ่มประเมินความรู้และการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า คับ การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร วิตกกังวล โดยแพทย์ผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 7 (เดือนที่ 6) ประเมิน 1) คุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างหลังการวิจัย 2) ประเมิน LAB 3) ประเมินอาการ

3. Check เป็นกระบวนการตรวจสอบ ว่ามี 1) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ แนวทางการปฏิบัติ พร้อมทบทวนขั้นตอนไหนที่ควรปรับปรุง พร้อมกับประเมินผลระหว่างการดูแลผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง 2) คุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการวิจัย

4. Act เป็นกระบวนการปรับปรุงระบบบริการคลินิกโรคไตให้ได้มาตรฐาน เหมาะสมกับบริบทและพื้นที่อำเภอเล็ก

ข. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวาย (KDQOL-SF) โดยมีการแปลภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3 ซึ่งเป็นการพัฒนาและแปลโดยชนิษฐา หอมจีน และพรพรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2553) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 ประกอบด้วย 1) คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั่วไป มี 8 มิติ 36 ข้อ 2) คำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ 44 ข้อ ดังนี้

คำถามคุณภาพชีวิตทั่วไป 8 มิติ

1. Physical function คำถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (คำถามข้อ 3 ก-ญ)

2. Role physical คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านร่างกาย (คำถามข้อ 4 ก-ง)

3. Bodily pain คำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวด (คำถามข้อ 7,8)

4. General health คำถามเกี่ยวกับความคิดสุขภาพทั่วไป (คำถามข้อ 1,2, 11ก-ง)

5. Mental health คำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต (คำถามข้อ 9 ข ค ง ฉ ซ)

6. Role emotional คำถามเกี่ยวกับบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (คำถามข้อ 4 ก-ง)

7. Social function คำถามเกี่ยวกับบทบาททางสังคม (คำถามข้อ 6,10)

8. Vitality คำถามเกี่ยวกับความกระฉับกระเฉง (คำถามข้อ 9 ก จ ซ ฉ)

คำถามเฉพาะโรคไตเรื้อรัง 11 มิติ

1. Symptom/ problemlist คำถามเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ (คำถามข้อ 14 ก-ฎ 14 ฐ)

2. Effect of kidney disease คำถามเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคไต (คำถามข้อ 15 ก-ช)

3. Burden of kidney disease คำถามเกี่ยวกับความยากลำบากจากสภาวะโรคไต (คำถามข้อ 12 ก-ง)

4. Work status คำถามเกี่ยวกับสภาวะการทำงาน (คำถามข้อ 20, 21)

5. Cognitive function คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ (คำถามข้อ 13 ข ง ฉ)

6. Quality of social interaction คำถามเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ในคน (คำถามข้อ 13 ก ค จ)

7. Sexual function คำถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ (คำถามข้อ 16 ก-ข)

8. Sleep คำถามเกี่ยวกับการนอนหลับ (คำถามข้อ 17, 18 ก-ค)

9. Social support คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (คำถามข้อ 19 ก-ข)

10. Dialysis staff encouragement คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ (ข้อนี้ไม่ได้ประเมินเนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการฟอกไต)

11. Patient satisfaction คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการรักษา (คำถามข้อ 23)

จำนวนข้อคำถามในแต่ละมิติแตกต่างกันไป ตัวเล็กรมีตั้งแต่ 2-10 ระดับ ค่าคะแนนเป็นแบบ likert scale ช่วงคะแนนในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีการแปลผลคือ

คะแนน 0-25.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก
คะแนน 25.01-50.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ
คะแนน 50.01-75.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 75.01-100.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาด้วย paired t test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน เพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 71.37 ปี อายุต่ำสุด 52 ปี สูงสุด 82 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 68.75 โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียวนมากที่สุด ร้อยละ 65.62 ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 31.25 รายได้ส่วนมากเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 78.12 ความรู้รู้สึกว่าสุขภาพไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้มากที่สุด ร้อยละ 78.12 ใช้มือถือของตนเองและคนในครอบครัวในการสื่อสารกับแพทย์และสหวิชาชีพ ร้อยละ 100 ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 93.75 และเหตุผล

ที่ไม่ต้องการฟอกไตทั้งทางเส้นเลือดและหน้าท้องคือ ไม่มีเงิน ไม่มีญาติพาไป ร่างกายตนเองอ่อนแอไม่พร้อม

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่ามีกระบวนการประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย และจากการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพต้องได้มีการทบทวนขั้นตอนและการดูแลผู้ป่วยไตวายเป็นระยะๆ เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยไตวายแต่ละคนไม่เหมือนกันและการแก้ไขปัญหาหรือการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทำ telemedicine และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยิ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลโดยเทคนิค 5 เอ คือ 1) การประเมินพฤติกรรม 2) การแนะนำให้คำปรึกษารายบุคคลโดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย 3) การสร้างการยอมรับในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการรักษาของแพทย์สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน 4) การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและ 5) ประเมินผลตนเอง

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 32 คนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ โดยหลังการพัฒนาพบว่าคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนามีระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงขึ้น ($\bar{X} = 59.66, S.D. = 8.96$) และ ($\bar{X} = 65.73, S.D. = 6.07$) เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่า ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไปและเฉพาะโรคไต พบว่าผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไปก่อนและหลังการพัฒนายู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนา น้อยกว่าหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 54.68, S.D. = 20.90$) และ ($\bar{X} = 65.29, S.D. = 11.86$) ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไตก่อนและหลังการพัฒนายู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนา น้อยกว่าหลังการพัฒนา ($\bar{X} = 62.83, S.D. = 3.89$) และ ($\bar{X} = 65.99, S.D. = 4.96$)

เมื่อพิจารณารายมิติ คะแนนเฉลี่ยมีระดับดีขึ้นในมิติ บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านร่างกาย (Role physical) ความเจ็บปวด (Bodily pain) สุขภาพทั่วไป (General health) การกระฉับกระเฉง (Vitality) สถานะการทำงาน (Work status) ก่อนการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือ สถานะการทำงาน (Work status) (\bar{X} = 39.06, S.D. = 29.62) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดคือ บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role emotional) (\bar{X} = 70.31, S.D. = 35.60) รองลงมา

คือ อาการแสดงต่างๆ (Symptom/problem list) (\bar{X} = 70.24, S.D. = 4.55) หลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือ สุขภาพทั่วไป (General health) (\bar{X} = 52.34, S.D. = 11.08) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุดคือ บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านร่างกาย (Role physical) (\bar{X} = 85.41, S.D. = 28.00) รองลงมาคือ ความเจ็บปวด (Bodily pain) (\bar{X} = 76.32, S.D. = 17.46) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	Mean (S.D.)	ระดับ	Mean (S.D.)	ระดับ
คุณภาพชีวิตทั่วไป				
1. Physical function	55.07 (33.27)	ปานกลาง	67.18 (21.93)	ปานกลาง
2. Role physical	56.25 (48.95)	ปานกลาง	85.41 (28.00)	ดี
3. Bodily pain	67.26 (16.63)	ปานกลาง	76.32 (17.46)	ดี
4. General health	40.42 (17.53)	ต่ำ	52.34 (11.08)	ปานกลาง
5. Mental health	56.56 (11.53)	ปานกลาง	59.06 (16.13)	ปานกลาง
6. Role emotional	70.31 (35.60)	ปานกลาง	66.01 (20.87)	ปานกลาง
7. Social function	62.31 (27.63)	ปานกลาง	70.31 (27.63)	ปานกลาง
8. Vitality	46.87 (16.54)	ต่ำ	61.87 (10.60)	ปานกลาง
ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป	54.68 (20.90)	ปานกลาง	65.29 (11.86)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต				
1. Symptom/problem list	70.24 (4.55)	ปานกลาง	71.09 (5.13)	ปานกลาง
2. Effect of kidney disease	58.78 (7.11)	ปานกลาง	57.81 (5.72)	ปานกลาง
3. Burden of kidney disease	53.12 (8.83)	ปานกลาง	59.96 (11.20)	ปานกลาง
4. Work status	39.06 (29.62)	ต่ำ	57.81 (42.33)	ปานกลาง
5. Cognitive function	63.12 (9.97)	ปานกลาง	67.18 (8.88)	ปานกลาง
6. Quality of social interaction	67.50 (12.95)	ปานกลาง	73.75 (10.39)	ปานกลาง
7. Sexual function	66.40 (16.32)	ปานกลาง	70.31 (20.51)	ปานกลาง
8. Sleep	67.81 (12.04)	ปานกลาง	70.00 (13.06)	ปานกลาง
9. Social support	58.84 (17.95)	ปานกลาง	66.14 (17.18)	ปานกลาง
10. Patient satisfaction	70.93 (9.62)	ปานกลาง	77.50 (12.95)	ดี
ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต	62.83 (3.89)	ปานกลาง	65.99 (4.96)	ปานกลาง
ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวม	59.66 (8.98)	ปานกลาง	65.73 (6.07)	ปานกลาง

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป และเฉพาะโรคไต ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติสุขภาพจิต (Mental health)

มิติบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role emotional) มิติอาการแสดงต่างๆ (Symptom/problem list) และมิติผลกระทบจากโรคไต (Effect of kidney disease) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิต	Mean (S.D.)		Mean difference (95%CI)	p-value
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
คุณภาพชีวิตทั่วไป				
1. Physical function	55.07 (33.27)	67.18 (21.93)	-2.75 (-21.08,-3.13)	0.01
2. Role physical	56.25 (48.95)	85.41 (28.00)	-3.63 (-45.53,-12.79)	0.001
3. Bodily pain	67.26 (16.63)	76.32 (17.46)	-3.33 (-14.60,-3.52)	0.002
4. General health	40.42 (17.53)	52.34 (11.08)	-5.75 (-16.13,-7.69)	<0.001
5. Mental health	56.56 (11.53)	59.06 (16.13)	-1.60 (-5.67,0.67)	0.118
6. Role emotional	70.31 (35.60)	66.01 (20.87)	0.73 (-7.57,16.17)	0.466
7. Social function	62.31 (27.63)	70.31 (27.63)	-3.69 (-12.72,-3.68)	0.001
8. Vitality	46.87 (16.54)	61.87 (10.60)	-4.17 (-22.32,-7.67)	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไป	54.68 (20.90)	65.29 (11.86)	-4.24 (-15.71,-5.51)	<0.001
คุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต				
1. Symptom/problem list	70.24 (4.55)	71.09 (5.13)	-1.55 (-1.96,0.26)	0.129
2. Effect of kidney disease	58.78 (7.11)	57.81 (5.72)	1.50 (-0.34,2.30)	0.143
3. Burden of kidney disease	53.12 (8.83)	59.96 (11.20)	-3.93 (-10.38,-3.29)	<0.001
4. Work status	39.06 (29.62)	57.81 (42.33)	-3.00 (-31.49,-6.00)	0.005
5. Cognitive function	63.12 (9.97)	67.18 (8.88)	-3.45 (-6.46,-1.66)	0.002
6. Quality of social interaction	67.50 (12.95)	73.75 (10.39)	-3.13 (-10.31,-2.18)	0.004
7. Sexual function	66.40 (16.32)	70.31 (20.51)	-2.39 (-7.23,-0.58)	0.023
8. Sleep	67.81 (12.04)	70.00 (13.06)	-3.51 (-3.45,-0.91)	0.001
9. Social support	58.84 (17.95)	66.14 (17.18)	-2.94 (-12.33,-2.24)	0.006
10. Patient satisfaction	70.93 (9.62)	77.50 (12.95)	-3.58 (-10.29,-2.83)	0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคไต	62.83 (3.89)	65.99 (4.96)	-6.73 (-4.11,-2.20)	<0.001
ผลรวมคุณภาพชีวิตโดยรวม	59.66 (8.98)	65.73 (6.07)	6.48 (4.16,7.97)	<0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด หลังประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองและใช้รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีกิจกรรมพัฒนาแนวทางปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยโรคไต 6-7 ครั้ง เน้นการให้การดูแลรักษา ทั้งการประเมินพฤติกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การแนะนำให้คำปรึกษา ตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย สร้างการยอมรับในวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการและติดตามประเมินผลอาการผู้ป่วยด้วยตนเอง เป็นการให้บริการทั้งในโรงพยาบาล เยี่ยมบ้าน Telemedicine อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจากแบบสอบถามมาใช้ในการติดตามอาการและให้การรักษาสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการประเมินอาการตนเองและการขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพได้ตลอดเวลา กับผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้าน

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยผลของการพยาบาลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน ที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (จินตนา อาจสันเทียะ และจุฑามาศ ทิลภัทร, 2562 เย็นอรุ สัตยวัน, 2565) อธิบายได้จากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีอาการทร่วงตัว ในการติดตามอาการในช่วง 6 เดือน เนื่องจากอาการไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และหลายๆ อาการได้รับการดูแลรักษา บรรเทาอาการได้ตรงกับที่ผู้ป่วยมีอาการ จากเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยทุกครั้งทำให้ผู้วิจัยสามารถสั่งการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายที่เลือกรักษาแบบประคับประคองในการติดตาม 12 เดือน โดย Sarah So, et al. (2022). พบปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถ

ในการทำกิจกรรมลดลง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความเจ็บปวดที่มากขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในภาพรวมที่ไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไตวายที่ได้รับการฟอกไต ทั้งทางหน้าท้องและทางเส้นเลือด ส่วนหนึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคร่วมมาก สภาพร่างกายที่ไม่พร้อมในการจะได้รับการฟอกไต ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างต้องมาพบแพทย์เพื่อติดตามการทำงานของไตและรับการรักษาเฉลี่ย 2-3 เดือนต่อครั้ง และอาจจะมีความเครียดที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้สึกที่ไม่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลในการไปมาโรงพยาบาล เมื่อมีการดำเนินการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตในครั้งนี้ ทำให้ลดความวิตกกังวลหรือลดความเครียดในการต้องมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาใดๆ ในด้านสุขภาพกายใจ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับคำปรึกษาแพทย์และทีมสหวิชาชีพผ่านทาง telemedicine ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรับบริการหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

การประเมินและการบรรเทาอาการทางกายในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพแก้ไขอาการและอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยหวังผลบรรเทาอาการระยะสั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ไกรวิพร เกียรติสุนทร (บรรณธิดา), 2560) เนื่องจากอาการที่ผู้ป่วยไตวายพบจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เบื่ออาหาร เหนื่อย เหนื่อย บวม ปวดตามตัว วิธีการบรรเทาอาการใช้ทั้งยาและไม่ใช้ยา การปรับสภาพห้องพัก การประคบลดอาการปวด การรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและประเพณีเป็นการรักษาประคับประคองทางกายควบคู่กับการดูแลทางจิตใจ จิตวิญญาณ อาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อระยะของโรคลุกลามร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดร่วม คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบและซึมลง กรณีที่ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานการรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการรักษากับแพทย์ประคับประคอง เพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวก้าวสู่ระยะประคับประคอง ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

อย่างสมศักดิ์ศรี ครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ (กัลปิงหา โชสิวิสกุล และแสงทอง ฉีระทองคำ, 2563)

จากการทบทวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายอย่างเป็นระบบ ของ Buur Louise Engelbrecht et al (2021) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 รักษาแบบประคับประคองต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป และพบว่าผู้ป่วยไตวายรักษาแบบประคับประคองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยฟอกไต และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยไตวายที่เลือกรับการรักษาแบบประคับประคอง มีความต้องการที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา แต่แพทย์พยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และบางครั้งผู้ป่วยยังสับสนเกี่ยวกับความรู้และการลุกลามของโรค และพบว่าผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม มีความรู้สึกเสียใจที่เริ่มรักษาด้วยการฟอกไต ดังนั้นแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพชีวิต ภาวะ อารมณ์ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจที่จะเลือกรับการรักษาในแบบต่างๆ (Lucy Ellen Selman. et al, 2019)

การให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายที่ปฏิเสธการฟอกไต โดยแพทย์และสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายที่ไม่ฟอกไต โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยศูนย์กลาง ปรับกระบวนการทำงานและจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรม ที่มีมุมมองเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ชะลอการลุกลามของโรคไต ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการยืดอายุขัย (Susan P. Y. Wong. et al, 2020) โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้เลือกพิจารณาการตัดสินใจที่จะดูแลตนเอง ซึ่งการตัดสินใจการพิจารณาของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป แพทย์และทีมสหวิชาชีพจึงต้องมีกระบวนการและทักษะที่ยืดหยุ่น ยอมรับการตัดสินใจ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือเคียงข้างผู้ป่วยและครอบครัวตลอดไป ซึ่งกระบวนการตัดสินใจร่วมกันและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องสามารถปรับเปลี่ยนได้มีการทบทวนการประเมินผลการรักษาและแนวทางการรักษาในอนาคตเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มั่นใจ

ว่าเป้าหมายของการดูแลและการรักษายังคงสอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนการดูแลหรือบริการอื่นๆ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2564) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ Telemedicine เข้ามาช่วยในการเยี่ยมผู้ป่วย ส่งการรักษา การดูแลเบื้องต้นโดยลดภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการนำพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ความสนิทใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมีมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและส่งผลให้เกิดความพึงพอใจกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการพัฒนาสัมพันธ์กับการศึกษาของ (ปรัดถغر วงศ์กาฬสินธุ์, 2564) ที่พบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บุคลากรควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องการจัดการหรือการดูแลตนเอง ในทุกมิติโดยเฉพาะด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาสุขภาพทางกายและด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ อาจจะมุ่งเน้นไปในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและยังเป็นปัจจัยส่งผลต่อการลดหรือเพิ่มโรคร่วม รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตและการดำเนินของโรคได้เร็วขึ้น การจัดการความเครียดของผู้ป่วยให้เหมาะสมโดยเพิ่มช่องทางในการพูดคุย ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ

สรุปผล

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองและใช้รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนาใช้ระยะเวลาในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 12 เดือน ทำให้ผู้วิจัยและโรงพยาบาลเชียงขวัญ ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาแบบไม่ฟอกไต ซึ่งรูปแบบได้มาจากการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การใช้เทคนิค 5 เอ การกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายกับทีมสหวิชาชีพโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำ รูปแบบประกอบด้วย การให้ความรู้รายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินอาการ คุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการประเมินติดตามอาการหลังการรักษา



ทุกเดือน ผู้วิจัยให้การรักษาตามปัญหาที่ผู้ป่วยมีทั้งปัญหา ด้านร่างกาย จิตใจ และมีการเยี่ยมบ้านทั้งเยี่ยมโดย สหวิชาชีพ การเยี่ยมทาง Telemedicine เพื่อช่วยในการ ดูแลด้านสังคม ครอบครัว สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ ที่ทีม สุขภาพจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง มีพลัง ในการดำเนินชีวิตได้ รวมถึงการมีทักษะของทีมสหวิชาชีพ ในความใส่ใจ ดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเสียสละ ในการให้บริการและการนำข้อมูล ข้อผิดพลาดมาปรึกษา ทบทวนการดูแลร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาล ศูนย์รื้อยเอ็ด ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ ในการทำงานได้จริง เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการของคลินิกโรคไตเรื้อรังได้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่ปฏิเสธการฟอกไตก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการ การให้การดูแลช่วยเหลือ เป็นรายบุคคล และเป็นการเชื่อมข้อมูลระหว่างผู้วิจัย ทีมสหวิชาชีพ ทีมเยี่ยมบ้านและผู้ป่วย โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยหลังพัฒนามีมิติที่ดีขึ้นและ มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผลรวมคุณภาพชีวิตทั่วไปและคุณภาพชีวิต เฉพาะโรคไต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาการผู้ป่วย ค่อยๆทรุดลง ส่งผลให้ความสามารถทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และคุณภาพชีวิตลดลงเรื่อยๆจนสู่ภาวะ ฟุ้งฟิง ติดบ้านและติดเตียง แพทย์และ ทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ที่เน้นการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่กับโรคอย่างมี ประสิทธิภาพ การสร้างความเข้าใจ การเสริมสร้างกำลังใจ การใส่ใจดูแลและร่วมเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นที่พึ่ง ในทุกระยะของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับการเจ็บป่วย การก้าวสู่การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างมี คุณภาพ

1.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษา การดูแล สุขภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นคุณภาพชีวิต การออกแบบแนวทางการดำเนินงานโดยสหวิชาชีพ ทุกคน ร่วมในการนำเสนอ โดยแพทย์เป็นผู้นำในการทบทวน การติดตาม การดูแลเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การลด ช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยทั้งกระบวนการรักษา ขั้นตอนการให้บริการ เพิ่มความสะดวกสบาย

1.3 การทบทวนแผนและเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วยโรคไตวาย ระยะที่ 4-5 แต่ละรายเป็นระยะ ทุก 6-12 เดือน และเมื่อผู้ป่วยมีสภาวะเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการดำเนิน และการพยากรณ์โรคผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับความรู้ ข้อมูลสำหรับการเตรียมการบำบัดทดแทนไต ทั้งวิธีการ ฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และ การรักษาชนิดประคับประคอง โดยคำนึงถึงข้อดีข้อด้อย ผลการรักษาของแต่ละวิถีกระบวนการดูแลทางการแพทย์ การดำรงชีวิต เศรษฐฐานะและคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย และครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยไตวายในแต่ละกลุ่ม อายุ ภาวะฟุ้งฟิง ความเพียงพอของรายได้ สภาวะทางกาย จิตใจ ความเชื่อ ความรุนแรงของโรค ที่เป็นปัจจัยต่อ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวาย ก่อนการวางแผนการพัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน

2.2 ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคไตวายที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาสั้น

2.3 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ ข้อมูลเชิงลึกและสามารถที่จะนำมาปรับกระบวนการทำงาน ของแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

Kalpangha Chositsakul and Saengthong Teerathongkam. (2020). Holistic supportive care for patients with kidney disease End-stage chronic disease treated without dialysis: a case study. Nursing journal. 35(4) : 5-17.

- Kittikorn Nilmanat et al. (2021). Palliative care for chronic kidney disease: issues and Recommendations Towards development. *Journal of the Nursing and Midwifery Council* 36(4) : 5-16.
- Khanitha Homjeen and Panthipa Sakthong. (2010). Translating and testing the thought process of the questionnaire Quality of life in kidney disease, abbreviated Thai version, version 1.3. *Thai Journal of Pharmacy Practice* Vol. 2 No 1 Jan-Jun 2010. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 April 2023. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf>.
- Kraiwiporn Kiatsunthorn (editor). (2017). Recommendations for holistic care for chronic kidney Disease Palliative 2017. 1st printing. Bangkok: Text and Journal Publishing Company Limited.
- Jintana Atsanthia and Juthamas Tilapat.(2019). Effects of palliative nursing care on quality of life.of patients with end-stage renal failure in the community. *Army Nursing Journal*. 20(1) : 226-235.
- Pratthakon Wongkalasin. (2021). Model of improving the quality of life of patients with chronic kidney disease before replacement therapy.Kidney. Doctor of Public Health Degree. Mahasarakham University.
- Panisara Sananuea and Sirimat Piyawatanaphong. (2022). Palliative care needs of Elderly people with end-stage chronic kidney disease From the nurse's point of view. Academic conference presenting research results 23rd National Graduate Level, March 25, 2022 at Khon Kaen University.
- Yenura Satyawan.(2022).Quality of life in patients with end-stage renal disease. that uses palliative treatment Nong Bua So District Udon Thani Province. *Udon Thani Hospital Medical Journal*. 30(3) : 435-445.
- Buur Louise Engelbrecht et al. (2021).Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrology*, 22:307
- G. Cangini, D. Rusolo, M. Cappuccilli, G. Donati and G. La Manna.(2019) Evolution of the concept of quality of life in the population in end stage renal disease. A systematic review of the literature *ClinTer*, 170 (4), 301-320
- Glasgow RE, EmontS, Miller DC.(2006) Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health PromotInt*, 21(3), 245-55.
- Lucy Ellen Selman.et al. (2019).The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: a qualitative study of communication, information and decision-making *BMC Nephrology*, 20:38. Retrieved April 1, 2023, from <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1230-4>
- MichaJongejanet al. (2023). Choosing conservative care in advanced chronic kidney disease: a scoping review of patients' perspectives. *Nephrol Dial Transplant.*,0,1-10. Retrieved January 10, 2024, from<https://doi.org/10.1093/ndt/gfad196>
- Morton RL, et al.(2012).Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ*,. 184(5), E278-283.

Oluseyi A. Adejumo., et al .(2019). Burden, psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease patients. Ghana Med J., 53(3),190-196. Retrieved April 1, 2023, from doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v53i3.2>

Sarah So, et al .(2022). Quality of life in patients with chronic kidney disease managed with or without dialysis: An observational study., 3. Retrieved April 1, 2023, from www.kidney360.org

Susan P. Y. Wong et al.(2020). Experiences of US Nephrologists in the Delivery of Conservative Care to Patients With Advanced Kidney Disease: A National Qualitative Study. Am J Kidney Dis., 75(2), 167–176. doi:10.1053/j.ajkd.2019.07.006.