



การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

DEVELOPMENT OF A SEAMLESS PRIMARY CARE DELIVERY SYSTEM FOR CAPD PATIENTS WITH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION, LOENGNOKTHA DISTRICT

Received: September 15, 2025

Revised: December 12, 2025

Accepted: January 13, 2026

ปัทมธร สายพลฤษ¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์^{2*}, วาสนา นิมิตร¹, กนกฉัตร สมชัย³
Pannathorn Sayplug¹, Prasert Prasomruk^{2*}, Wasana Nimit¹, Kanokchat Somchai³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ศึกษาประชากรในกลุ่มญาติที่ดูแลและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทุกราย จำนวน 69 คน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม 2568 ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย paired Sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบดูแลผู้ป่วย CAPD ไร้รอยต่อขับเคลื่อนด้วย 4 กลไกหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบและบุคลากร, การเชื่อมโยงระบบส่งต่อและสื่อสาร, การบูรณาการฐานข้อมูล และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) มีภาวะแทรกซ้อนลดลง และญาติที่ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลคุณภาพชีวิต และมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบระดับปานกลางขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม

สรุปได้ว่า ผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อทำให้ตัวชี้วัดหลักดีขึ้นทุกด้าน จึงควรนำไปขยายผลในโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์และศูนย์ไตที่พร้อม

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง, ล้างไตทางช่องท้อง, ระบบบริการปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วม

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

Loengnoktha Crown Prince hospital

² มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Mahidol University Amnatchareon Campus

³ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

*Corresponding author E-mail: Prasert.pra@mahidol.ac.th



Abstract

This action research aimed to Development of a Seamless Primary Care Delivery System for CAPD Patients with Family and Community Participation in the Loengnoktha District. The study population included all 69 CAPD patients and their caregivers in the area. Data collection was conducted from March to August 2025 using the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) process. Data were collected using questionnaires for both patients and caregivers, which had reliability scores of 0.93 and 0.87, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with a paired Sample t-test.

The study results revealed that the seamless CAPD care system was driven by four key mechanisms: 1) Development of the system and personnel 2) Linkage of referral and communication systems 3) Integration of databases and 4) Continuous monitoring and evaluation after the implementation of the developed model. This resulted in patients demonstrating significant increases in knowledge and care skills, and improved quality of life compared to the pre-intervention phase ($p\text{-value} < 0.001$), along with a reduction in complications. Furthermore, the accompanying relatives/caregivers showed significant increases in knowledge, care skills, quality of life, and participation in care compared to the pre-intervention phase ($p\text{-value} < 0.001$). Both groups demonstrated an effect size of medium or higher.

In conclusion, the Seamless primary care delivery system for CAPD patients resulted in improvement across all key indicators. Therefore, this model should be expanded for implementation in hospitals equipped with physicians and a fully prepared renal center.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Peritoneal Dialysis, Primary Care System, Participation



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี⁽¹⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปี ค.ศ. 2019-2023 จำนวน 750 ล้านคน, 770 ล้านคน, 790 ล้านคน, 810 ล้านคน และ 830 ล้านคน ทั่วโลก ตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 12⁽²⁾ ในประเทศไทย ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน โดยมีแนวโน้มการเกิดที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรกลุ่มสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ระบุว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 1.1 ล้านคน, 1.3 ล้านคน, 1.5 ล้านคน และ 1.6 ล้านคน ตามลำดับ หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้อาการแย่ลง จนเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย (Chronic Kidney disease stage 5: CKD5)⁽³⁾

การล้างไตถือเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่สำคัญและช่วยยืดอายุขัยของผู้ป่วยได้หลายปี⁽⁴⁾ การเข้าถึงการรักษาโรคไตในระดับโลกยังคงมีความไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีความขาดแคลนในเทคโนโลยีและบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kazancioglu ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการบำบัดทดแทนไตว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ หากได้รับการรักษาที่เหมาะสม⁽⁶⁾ ในประเทศไทย มีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ที่ต้องได้รับการล้างไต พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 60,795 คน, จำนวน 66,409 คน, จำนวน 68,742 คน, จำนวน 62,081 คน, จำนวน 659,531 คน⁽³⁾ ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยฟอกไตเพิ่มขึ้น 13,045 ราย ขณะที่จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องลดลงเกือบร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564

ทั้งนี้ การบำบัดทดแทนไตในรูปแบบต่างๆ ยังเป็นแนวทางที่หน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยพยายามพัฒนาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การฟอกเลือดผ่านเครื่อง การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ถึงแม้การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดเรื่องผู้บริจาคไตทั่วประเทศน้อย ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้น การล้างไตทางช่องท้องที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำเองได้บ้านจึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ขยายสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการล้างไตทางช่องท้อง ยังขาดการบูรณาการและการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะขาดการจัดการแบบ case management และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ส่งผลให้การประเมิน วางแผน และติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ความรู้และทักษะของบุคลากรปฐมภูมิไม่เพียงพอ และการดูแลที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง รวมถึงสภาพแวดล้อมบ้านที่ไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นผลจากการขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและประเมินผลระบบบริการที่มีคุณภาพในการให้บริการ

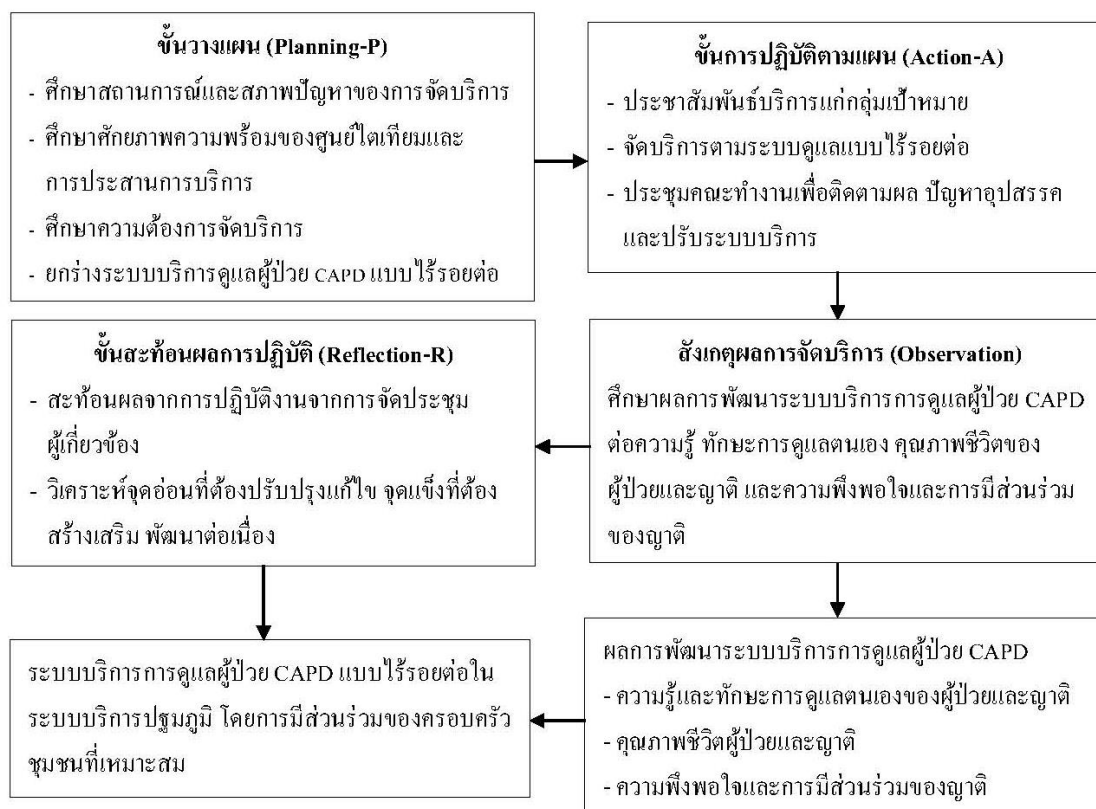


จากแนวโน้มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกรับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ ชุมชน และเครือข่ายระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญระดับสูงในการจัดการความซับซ้อนของโรค อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังขาดการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นระบบเพื่อเชื่อมโยงการดูแลในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาระบบบริการที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน ที่มีประสิทธิภาพให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน พื้นที่อำเภอเลิงนกทา

กรอบแนวคิดในการวิจัย





ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการ์ท⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์ความพร้อม ความต้องการในการจัดบริการ ของศูนย์ไตเทียม เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) ดำเนินการประชาสัมพันธ์บริการแก่ กลุ่มเป้าหมาย ในการจัดบริการตามระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ และประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามผล ปัญหาอุปสรรค และปรับระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation) ดำเนินการศึกษาผล การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD โดยการประเมินความรู้และทักษะการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยและญาติ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของญาติ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection) โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข จุดแข็งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่รับบริการที่หน่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำนวน กลุ่มละ 69 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาประชากรทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ศึกษาในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกคน รวม 24 คน 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์คัดเข้า: เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และญาติที่ดูแลโดยตรง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อาศัยอยู่ที่อำเภอเลิงนกทา ระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก: เป็นผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ



ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ได้คะแนนร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์แปลผล คะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการดำรงไตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่รู้สึกรำคาญหรือมีปัญหาจากการดำรงไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการดำรงไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และญาติที่ดูแล

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ โดยตอบ เคย ไม่เคย และระบุจำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. แบบสอบถามสำหรับญาติที่ดูแล ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามตรวจสอบรายการ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ ได้คะแนน ร้อยละ 80-100 มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำได้ดีมาก ทำได้ดี ทำได้ปานกลาง ทำได้น้อย จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีทักษะการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ การแปลผลจากคะแนนรวม 80-100 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับการดำรงไตอย่างมี



ประสิทธิภาพ โดยไม่รู้สึกรู้ว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาจากการล้างไต คะแนนรวม 60-79 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดี แต่ยังมีบางปัญหาหรืออาการที่ยังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน คะแนนรวมต่ำกว่า 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากการล้างไตอย่างชัดเจน อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งจากแพทย์และชุมชน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ดูแล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มีส่วนร่วมประจำ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของแดเนียล⁽¹²⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลกุดชุม จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคของแบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.93 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ต่อผู้พัฒนาระบบผู้ป่วยและญาติ โดยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6818/2568 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและญาติ การมีส่วนร่วมของญาติ ก่อนและหลังการได้รับบริการที่พัฒนาขึ้น ด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติทุกตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ระบบบริการการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1) กำหนดโครงสร้างและบทบาทผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลชุมชน บริการติดตามการรักษา ตรวจร่างกาย และส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วางระบบแผนการรักษา สนับสนุนความรู้ทางวิชาการแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นศูนย์กลางรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะแทรกซ้อน จัดหา



เครื่องมือ อุปกรณ์ ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหลักเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2) รพ.สต. ติดตามอาการและเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อสม. และชุมชน ตามแผนการเยี่ยม เพื่อติดตามอาการทั่วไป ประเมินแผล สังเกตภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการทุก 3 เดือน 3) ครอบครัวและญาติผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เรียนรู้และฝึกฝนการดูแลแผล การเปลี่ยนน้ำยา สื่อสารข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุข 4) อสม. และชุมชน มีบทบาทในการดำเนินการเยี่ยมบ้าน ร่วมติดตามอาการผู้ป่วยล้างไตเบื้องต้น ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สนับสนุนด้านจิตใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ทุก 3 เดือน

2) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและบริหารจัดการผู้ให้บริการ จัดอบรมบุคลากร รพ.สต. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ CAPD ขั้นตอนการล้างไต การเปลี่ยนถุงน้ำยา การดูแลแผลและการรักษา ความสะอาด การประเมินอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน การสังเกตความผิดปกติ การตัดสินใจส่งต่อ และแนวทางการประสานงาน บทบาทของ รพ.สต. และ อสม. ในการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว การใช้แบบฟอร์มประเมินและแนวทางรายงานผล การสื่อสารและใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การใช้งาน Line กลุ่ม CAPD การถ่ายภาพแผล/สีน้ำล้างไต ส่งปรึกษาทางไกล พัฒนาคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่และครอบครัว สร้างระบบ “พี่เลี้ยงชุมชน” โดยใช้ อสม. หรือผู้ป่วย แบ่งปันประสบการณ์ สร้างคลังความรู้ในรูปแบบออนไลน์ผ่านวิดีโอ

3) จัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกลเพื่อการดูแลผู้ป่วย จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนโดยใช้แบบฟอร์ม CAPD Referral Sheet ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปยังโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปตามระดับความรุนแรง มีการกำหนดจุดเชื่อมต่อประสานในแต่ละระดับโดยพยาบาล CAPD โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบกลาง และการให้คำปรึกษาทางไกล เปิด Line กลุ่ม “เครือข่าย CKD CAPD เลื่อนกทา” โดยมีสมาชิกเป็นพยาบาลของโรงพยาบาลหลัก รพ.สต. หรือผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เกสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ กลุ่ม Line ใช้ในการส่งข้อคำถามและคำตอบ ปรึกษาอาการผิดปกติ แจ้งตารางเยี่ยมบ้านหรือเปลี่ยนนัด ส่งวิดีโอสอนวิธีดูแลแผล หรือล้างมือ โดยมีพยาบาลเวร CAPD ออนไลน์ดูแลในเวลาราชการ และกรณีฉุกเฉิน ส่วนการจัดระบบส่งต่อและการสื่อสารทางไกล เชื่อมโยงข้อมูลและการตัดสินใจระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผ่าน Line ให้พยาบาลโรงพยาบาลประเมิน โดยมีแบบฟอร์มการส่งต่อในกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน กรณีมีการส่งต่อโดยใช้แบบฟอร์มการส่งต่อด้วยแบบฟอร์มมาตรฐาน CAPD Referral Form สามารถแนบส่งได้ทั้งแบบกระดาษหรือ Google Form ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป อาการผิดปกติ การดำเนินการเบื้องต้น ภาพถ่ายประกอบ ดำเนินการส่งแนบผ่านช่องทางที่กำหนดไว้

4) ระบบข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ใช้ระบบบันทึกออนไลน์ Google Sheet ที่สามารถใช้งานร่วมกันได้ซึ่งโรงพยาบาลหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลการเยี่ยมบ้านได้ และสรุปผลการดำเนินงานทุกๆ 3 เดือน โดยนำเสนอในการประชุมติดตามแผนการดูแล ส่งต่อ และให้คำปรึกษาโดยจัดตาราง



เยี่ยมบ้านรายปี ดำเนินงานโดยโรงพยาบาล รายเดือน ดำเนินงานโดย รพ.สต. พร้อมแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน เปิดช่องทางสื่อสารทางไกล (Line กลุ่ม “ชมรมรักษ์ไต”) ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

5) ระบบกำกับติดตามและเสริมพลังการดำเนินงาน แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามระดับตำบล โดยมีผู้แทน รพ.สต., อสม., ครอบครัวผู้ป่วย และผู้นำชุมชน จัดประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 3 เดือน และมีการให้แรงจูงใจ “ครอบครัวต้นแบบ” และ “อสม.ดีเด่นด้านการดูแลล้างไต” ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการบริการเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

2. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.30 อายุระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 60.80 ($M = 60.77 \pm 11.93$ ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.60 ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 63.80 ($M = 3.77 \pm 2.68$ ปี) เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 92.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,500 บาท ร้อยละ 46.40

ความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD พบว่า หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($M = 14.13$, $S.D. = 1.57$) เป็น ($M = 14.92$, $S.D. = 0.60$, $t = 3.85$) มีขนาดผลกระทบปานกลาง ($d \approx 0.50$) ทักษะการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 2.79$, $S.D. = 0.74$) เป็นระดับสูง ($M = 3.50$, $S.D. = 0.52$, $t = 7.24$) มีขนาดผลกระทบใหญ่ ($d \approx 0.96$) คุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างดี ($M = 75.46$, $S.D. = 7.43$) เป็นระดับดี ($M = 85.66$, $S.D. = 4.38$, $t = 10.47$) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก ($d \approx 1.37$) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากร้อยละ 36.1 ในปี 2566 เป็น 31.0 ในปี 2568 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD ภาพรวม พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 69$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลตนเอง	14.13 (1.57)	มาก	14.92 (0.60)	มาก	3.85	< 0.001	0.50
ทักษะการดูแลตนเอง	2.79 (0.74)	ปานกลาง	3.50 (0.52)	สูง	7.24	< 0.001	0.96
คุณภาพชีวิต	75.46 (7.43)	ค่อนข้างดี	85.66 (4.38)	ดี	10.47	< 0.001	1.37

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วย ญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 45-64 ปี ($M = 48.22$, $S.D. = 15.15$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ



72.50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 40.60 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 56.50

หลังจากการใช้ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ผู้ดูแลมีตัวชี้วัดหลักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทุกด้าน โดยหลังการทดลอง ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากการทดลอง ($M = 14.53, S.D. = 1.05$) เป็น ($M = 15.00, S.D. = 0.00, t = 3.66$) มีขนาดผลกระทบปานกลาง ($d \approx 0.45$) ทักษะการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 3.28, S.D. = 0.44$) เป็นระดับมาก ($M = 3.96, S.D. = 0.16, t = 12.55$) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก ($d \approx 1.55$) คุณภาพชีวิตของญาติที่ดูแล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างดี ($M = 75.68, S.D. = 6.64$) เป็นระดับดี ($M = 91.17, S.D. = 4.19, t = 17.01$) มีขนาดผลกระทบใหญ่มาก ($d \approx 2.33$) การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับมาก ($M = 3.55, S.D. = 0.54$) เป็นระดับมาก ($M = 3.94, S.D. = 0.23, t = 6.52$) มีขนาดผลกระทบใหญ่ ($d \approx 0.72$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของญาติที่ดูแลผู้ป่วย CAPD พื้นที่อำเภอเลิงนกทา ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 69$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Effect size
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล			
ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย	14.53 (1.05)	มาก	15.00(0.00)	มาก	3.66	< 0.001	0.45
ทักษะการดูแลผู้ป่วย	3.28 (0.44)	ปานกลาง	3.96(0.16)	มาก	12.55	< 0.001	1.55
คุณภาพชีวิตของญาติ	75.68 (6.64)	ค่อนข้างดี	91.17(4.19)	ดี	17.01	< 0.001	2.33
การมีส่วนร่วมดูแลของญาติ	3.55 (0.54)	มาก	3.94(0.23)	มาก	6.52	< 0.001	0.72

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการยกระดับกระบวนการให้บริการตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากกลไกสำคัญหลายประการ ได้แก่

1) กลไกการลดช่องว่างบริการผ่านการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ให้บริการอย่างชัดเจนในทุกกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาล, รพ.สต., ครอบครัวและญาติผู้ป่วย, ไปจนถึง อสม. ได้สร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงานและลดช่องว่างในระบบบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ เทพไกร⁽¹³⁾ ที่ระบุว่า ระบบบริการปฐมภูมิแบบไร้รอยต่อมีความสำคัญต่อการลดช่องว่างระหว่างบริการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ



การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงการให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) กลไกการเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบนี้มุ่งเน้นที่ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ให้บริการ และผู้ดูแลในทุกระดับ โดยมีการฝึกอบรมให้ความรู้และ ทักษะในการปฏิบัติแก่บุคลากรตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบที่เลี้ยง ชุมชน เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและแบ่งปันประสบการณ์ เป็นอีกกลไกสำคัญที่สร้างความเข้มแข็งใน ชุมชน กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร อยู่แดง และคณะ⁽¹⁴⁾ และสุกัญญา อึ้งตระกูล และ คณะ⁽¹⁵⁾ ที่ยืนยันถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการใช้กลไกเหล่านี้ ช่วยให้ผู้ดูแลและชุมชนมีความมั่นใจและทักษะเพิ่มขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้าน

3) กลไกการกำกับติดตามและการเสริมพลังเพื่อความยั่งยืน การพัฒนาระบบได้รวมเอา กลไกการกำกับติดตาม และการเสริมพลังเข้าไว้ด้วยกัน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็น ระยะเวลาทุกๆ 3 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การใช้กลไก การเสริมกำลังใจผ่านการมอบรางวัล ครอบครัวต้นแบบ และ อสม. ดีเด่นด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการ สร้างแรงจูงใจ และเป็นแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวได้อย่าง ถูกต้อง กลไกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ สึงคำ ที่พบว่า นวัตกรรมเสริมพลังและ การมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยให้ผู้ป่วยและภาคีเครือข่ายมีการรับรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁶⁾

2. ผลของระบบบริการต่อผู้ป่วย ในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในช่วงก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีความรู้ในภาพรวมด้านการดูแลตนเอง ในระดับมากอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเคยได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจาก เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการรักษา เมื่อมีการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการ จัดทำช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์รวบรวมไว้ในแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษา และสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้และสามารถกลับมาทบทวนได้ตลอดเวลาทั้งในรูปแบบของโปสเตอร์ คู่มือพร้อมภาพ และวิดีโอ ที่สามารถจดจำและเข้าใจได้ง่าย

ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการพัฒนาระบบบริการฯ ($M = 2.79$, $S.D. = 0.74$) ระดับ ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาระบบการบริการฯ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระดับมาก ($M = 3.50$, $S.D. = 0.52$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาบางทักษะของผู้ป่วย พบว่า มีบางทักษะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ใน การล้างไตทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ระบุอาการที่เกี่ยวข้องกับ



ภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางช่องท้องได้ โดยสามารถเชื่อมต่อท่อระบายกับถุงน้ำยาล้างไตได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการล้างไตทางช่องท้อง อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมอุปกรณ์ ทำการล้างไตทางช่องท้อง เชื่อมต่ออุปกรณ์ต่างๆ ด้วยตนเองทั้งหมด ส่วนการระบุภาวะแทรกซ้อนที่ยังมีทักษะที่ไม่ดีพออาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาประถมศึกษาอาจมีการจดจำรายละเอียด ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ทั้งหมดจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลร่วมด้วยในการสังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยฯ ได้มีการสร้างและพัฒนาระบบที่เล็งชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลและประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการ มีช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราณี อรรณพานุรักษ์ และอนัญญา มานิตย์ พบว่า ภายหลังการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับดี เนื่องจากการได้รับข้อมูลการจัดการตนเอง⁽¹⁷⁾

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลของผู้ป่วยทุกรายล้วนมีความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.80 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ด้วยบริบทของสังคมไทยที่มีความคาดหวังต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ต้องมีการใส่ใจในรายละเอียดของการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบคอบ อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ต้องมีหน้าที่ในการรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการหารายได้และการดูแลครอบครัว อย่างไรก็ตาม การมีแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้สามารถบันทึกสื่อต่างๆ เก็บไว้เพื่อนำกลับมาทบทวนได้ จึงมีส่วนทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น

ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาระบบบริการฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระดับทักษะทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการฯ อยู่ในระดับสูง แต่ผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพ ขาดความมั่นใจในการจัดการปัญหาเฉียบพลัน จึงได้มีการเชิญเสริมกำลังใจที่บ้านร่วมกับเดิมความรู้ ทักษะ และตอบซักถามข้อสงสัยของผู้ดูแล อีกทั้งผู้ดูแลสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์สอบถามข้อสงสัยและทบทวนความรู้ต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมณีวรรณ ตั้งจรศักดิ์ และคณะ พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหลังพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลฯ ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับสูง ($M = 91.17$, $S.D. = 4.19$) ก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง ($M = 75.68$, $S.D. = 6.64$) การที่ผู้ดูแล



มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับการส่งเสริมให้กำลังใจระหว่างผู้ดูแล และจากเจ้าหน้าที่ที่มาเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งได้รับการประเมินคุณภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเจ้าหน้าที่พบปัญหาได้มีการนำมาปรับปรุงระบบบริการเพื่อออกแบบให้เอื้อต่อพื้นที่ และอาจเป็นผลมาจากการที่มีช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลแบบออนไลน์ทำให้สามารถขอคำปรึกษาคความเครียด ความกังวล และการรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่มีการจัดการต่อภาวะอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ และคณะ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งปัจจัยด้านภาวะผู้ดูแลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุผู้ดูแลในครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวได้ร้อยละ 41⁽²²⁾

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีระดับการร่วมมือในระดับมากทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ได้รับการดูแลและมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพาไปโรงพยาบาล การดูแลแผล การสังเกตประเมินแผล และติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ อีกทั้งมีการมอบรางวัลครอบครัวต้นแบบ ช่วยเสริมพลังในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า ระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม เอื้อต่อบริบทของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำไปขยายผลให้เกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตามในอนาคตมีแนวโน้มที่จะมีการขยายของศูนย์ไต หน่วยงานระดับนโยบายควรพิจารณาสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการสร้างความเข้มแข็งของ 4 กลไกหลัก โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรในระบบปฐมภูมิ และใช้เทคโนโลยีเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ควรนำระบบบริการดูแลผู้ป่วย CAPD แบบไร้รอยต่อในระบบบริการปฐมภูมิ ไปขยายผลในพื้นที่อำเภออื่น และศึกษาเพื่อยืนยันผลนำสู่การเป็นระบบบริการทั่วทั้งจังหวัด โดยเน้นการนำโครงสร้างระบบบริการ ระบบการสื่อสารทางไกลไปประยุกต์ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ และติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน ให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป ศึกษาพัฒนาระบบการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงระบบบริการ



เอกสารอ้างอิง

1. Jha, V., & Modi, G. Chronic kidney disease: A global health problem. *Journal of Nephrology Studies* 2018; 15(3): 101-110.
2. World Health Organization. Global health estimates: Chronic kidney disease as a cause of death and disability worldwide. World Health Organization; 2020.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2560-2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A., & Perkovic, V. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet* 2015; 385(9981): 1975-1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9).
5. Jha, V., & Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A. Y. M., & Yang, C. W. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet* 2013; 382(9888): 260-272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X).
6. Kazancioglu, R. Risk factors for chronic kidney disease: An update. *Kidney International Supplements* 2013; 3(4): 368-371. <https://doi.org/10.1038/kisup.2013.79>.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. Promjak, P., Plianbangchan, S., Somrongthong, R., & Laohasiriwong, W. Effects of Modified-Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Patient's Handling Process on Nurse's Knowledge, Perceived Benefits and Performance in CAPD Care. *Medico Legal Update* 2021; 21(1): 1752-1759.
9. Praha, N., Sriyuktasuth, A., Puwarawuttipanit, W., Chuengsaman, P., & Kusakunniran, W. (2023). Factors Influencing Telehealth Service Use and Health Outcomes in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research, J Med Internet Res* 2023; 25: e48623 doi: 10.2196/48623.
10. Kemmis, S., McTaggart, R. *The Action Research Planner*, 3rd ed., Deakin University Press; Geelong. Victoria; 1988.
11. Bloom, Benjamin S., et al. *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.



12. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
13. พรทิพย์ เทพไกร. แนวทางการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชนบท. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพแห่งชาติ; 2561.
14. สุภาพร อยู่แดง, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหน่วยไตเทียม สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 13(1): 20-30.
15. สุกัญญา อึ้งตระกูล, สุพรรณิ ตั้งภักดี, จุฬาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 49-59.
16. สุนิรัตน์ สิงห์คำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3): 92-99.
17. ราณี อรรถพานุรักษ์, อนุญา มานิตย์. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26(1): 133-148.
18. นิพร ขัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรค ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2561; 24(2): 108-129.
19. สุนนทกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์ 2563; 45(3): 42-50.
20. สักวาฬ พงษ์ศรี, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับซึมเศร้าของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 34-44.
21. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์, สมจิตร สกุลกู, ณฤดี ทิพย์สุทธิ, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชนนธ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารกองการพยาบาล 2563; 47(1): 190-208.
22. รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนา, นันทวรรณ สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(1): 51-65.