



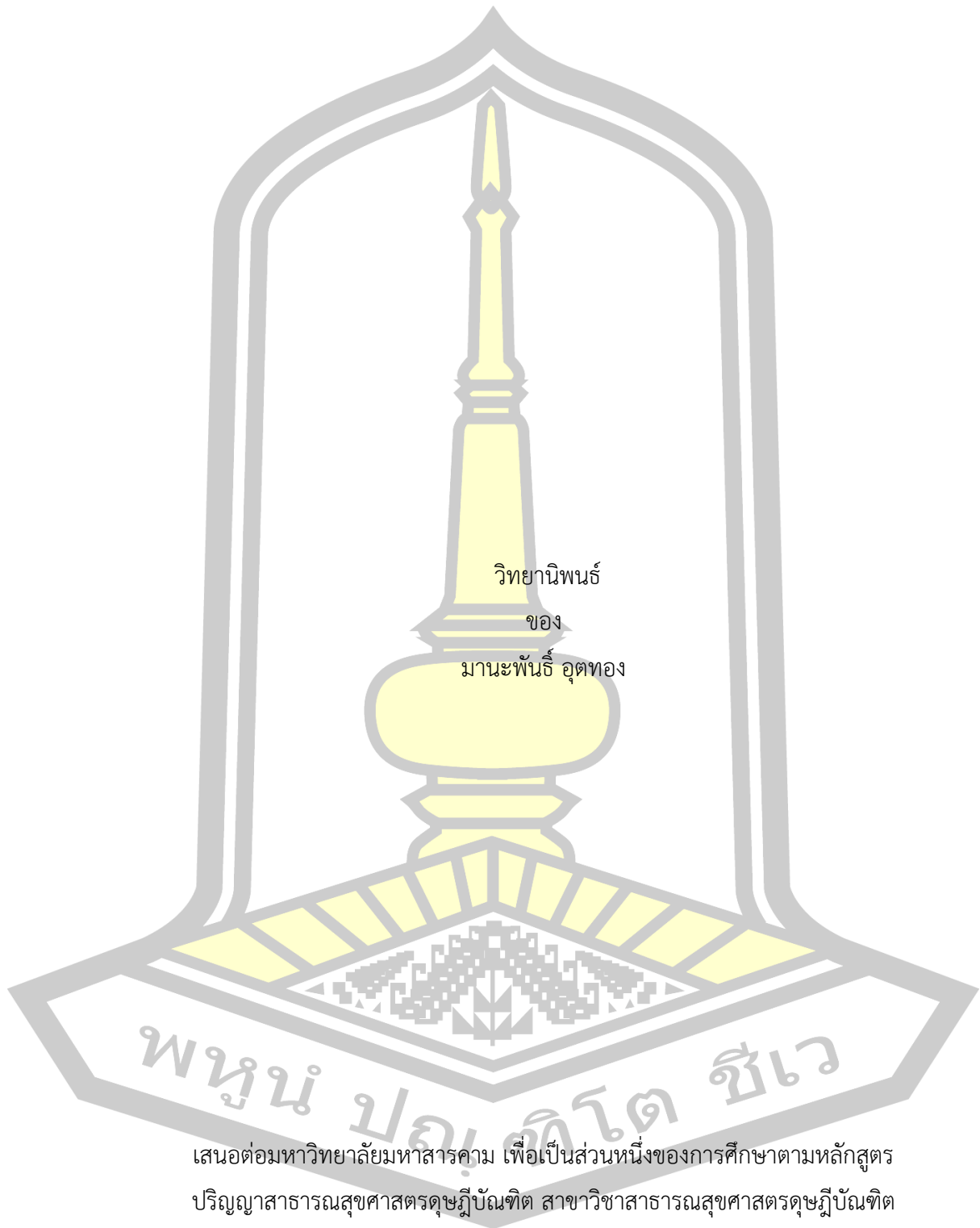
พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิทยานิพนธ์
ของ
มานะพันธ์ อุตทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มกราคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

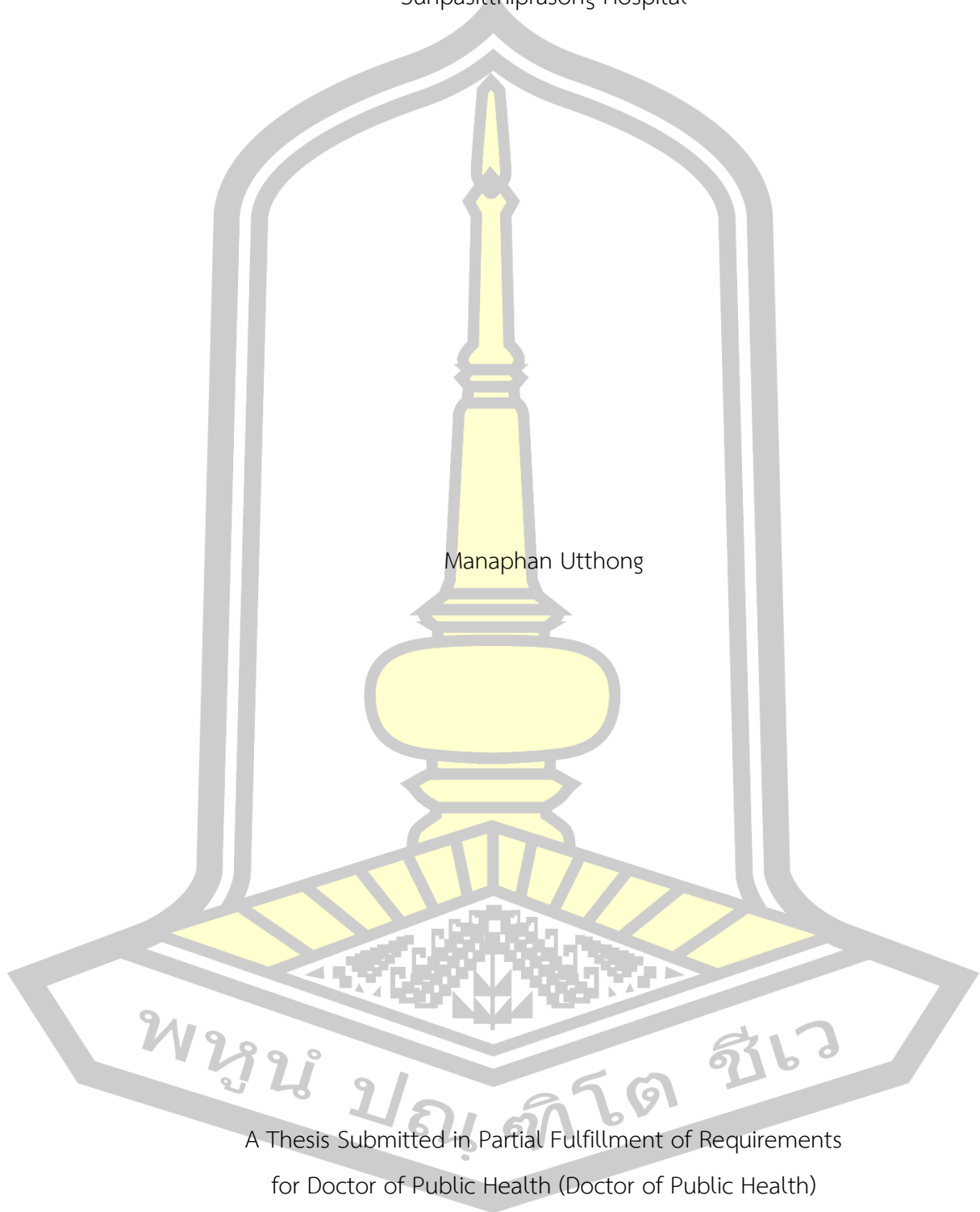


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มกราคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Develop a System to Preparation of Kidney Transplantation Recipients,
Sunpasitthiprasong Hospital



Manaphan Utthong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

January 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวมานะพันธ์ อุตทอง แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วราภคณา จันทร์คง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. สุ่มทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. กษมา วงษ์ประชุม)

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

กรรมการ

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุ่มทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กิริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์		
ผู้วิจัย	มานะพันธ์ อุตทอง		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต รองศาสตราจารย์ ดร. สุเม็ทนา กลางคาร อาจารย์ ดร. กษมา วงษ์ประชุม		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยมีผู้สมัครรอรับบริจาคไตแนวโน้มสูงขึ้น การเตรียมตัวผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเข้ารอการปลูกถ่ายไตจึงมีความสำคัญเป็นอันมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานวิธี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 30 คน และ ทีมสหวิชาชีพที่ดำเนินงานปลูกถ่ายอวัยวะจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา สถานการณ์การดำเนินงานผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต พบว่า ด้านการให้บริการค่อนข้างดี มีความพร้อมทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์และระบบสารสนเทศ แต่การคัดกรองขาดการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ระบบประสานงานการเตรียมงานขาดความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงาน ภายหลังพัฒนาระบบคุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวมอยู่ในระดับดี ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวมในระดับดี ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ขึ้นตอน

การประเมินเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตที่พัฒนาขึ้น ยังคงมี 5 ขั้นตอน ลดจำนวนที่ตรวจเหลือ 7 ครั้ง ได้แก่ 1) การประเมินความเหมาะสมรับการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์พิจารณา 2) การประเมินความพร้อม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต 3) การประเมินตรวจสอบความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ 4) สรุปผลการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 5) ประเมินความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาการปฏิเสธไตในผู้ป่วยที่ต้องการขึ้นทะเบียนรับการปลูกถ่ายไต

สรุป ระบบการเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้การดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการคัดกรองอย่างครอบคลุม การประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

คำสำคัญ : การปลูกถ่ายไต, การพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัคร, คุณภาพชีวิต



TITLE	Develop a System to Preparation of Kidney Transplantation Recipients, Sunpasitthiprasong Hospital		
AUTHOR	Manaphan Utthong		
ADVISORS	Associate Professor Warapoj Promasatayaprot , Ph.D. Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Kasama Wongprachum , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

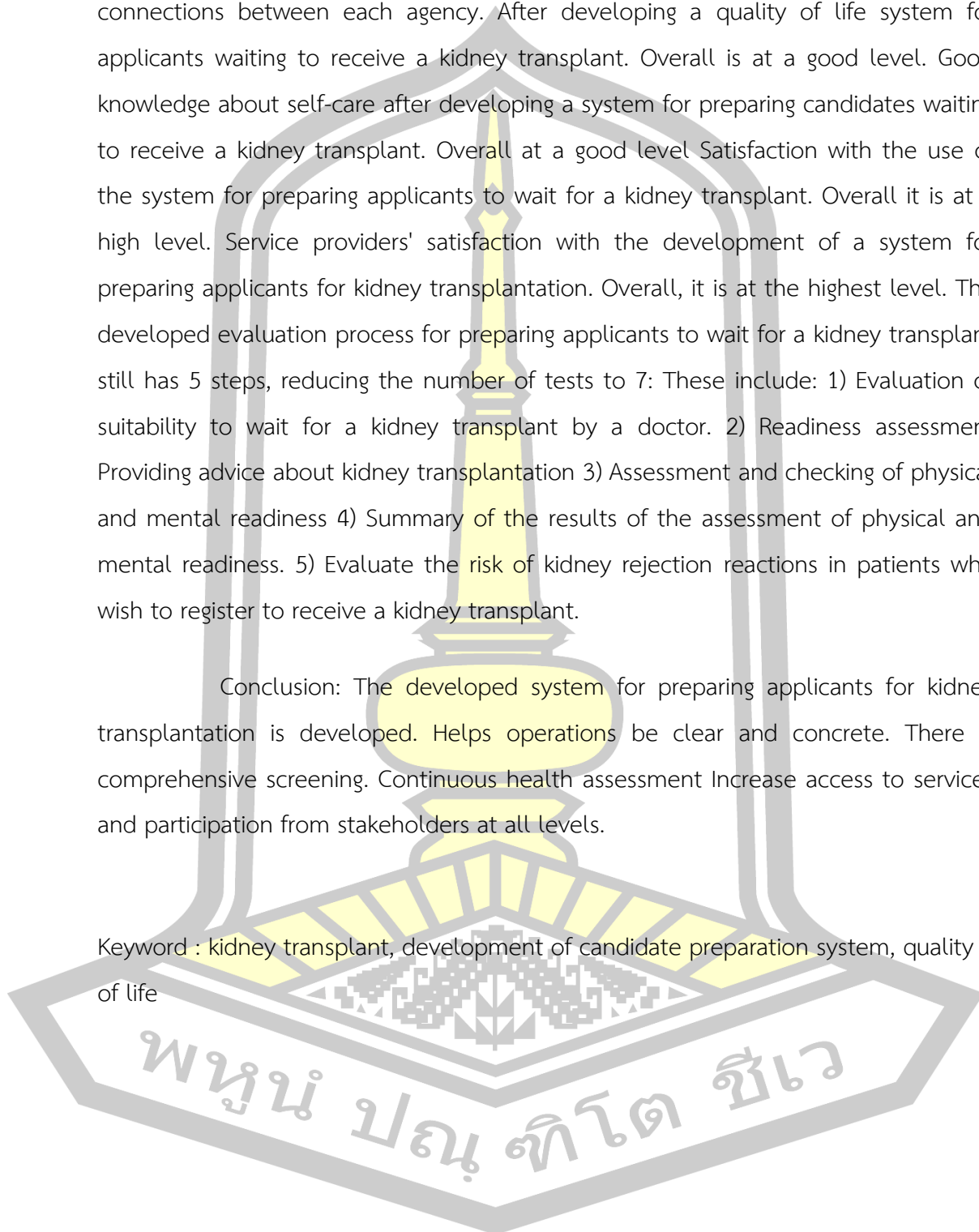
End-stage chronic kidney disease is still an important public health problem in the country and in Health Service Area 10, with applicants waiting for kidney donations on the rise. Preparing patients before waiting for a kidney transplant is therefore very important. This study aims to develop a system for preparing applicants to wait for a kidney transplant at Sunpasitthiprasong Hospital. Using a mixed methods research study in 2 phases, namely the situation study phase and the development phase of the system for preparing applicants waiting for a kidney transplant. Sample groups include: There are 30 patients with end-stage chronic kidney disease who need a kidney transplant at Sunpasitthiprasong Hospital and a multidisciplinary team that performs organ transplants, 20 people. The research tools used were interviews and questionnaires for multidisciplinary teams. Questionnaires for patients include data recording forms. General information questionnaire Quality of life questionnaire Test of knowledge about self-care Statistics used in the analysis are frequency, percentage, mean, standard deviation.

Results of the study: Situation and operational context for patients with end-stage renal disease who wish to apply and wait. Received a kidney transplant and found that the service was quite good. It is well equipped with personnel, medicine, medical supplies and information systems. But screening lacks continuous

assessment of health status. The work preparation coordination system lacks connections between each agency. After developing a quality of life system for applicants waiting to receive a kidney transplant. Overall is at a good level. Good knowledge about self-care after developing a system for preparing candidates waiting to receive a kidney transplant. Overall at a good level Satisfaction with the use of the system for preparing applicants to wait for a kidney transplant. Overall it is at a high level. Service providers' satisfaction with the development of a system for preparing applicants for kidney transplantation. Overall, it is at the highest level. The developed evaluation process for preparing applicants to wait for a kidney transplant still has 5 steps, reducing the number of tests to 7: These include: 1) Evaluation of suitability to wait for a kidney transplant by a doctor. 2) Readiness assessment Providing advice about kidney transplantation 3) Assessment and checking of physical and mental readiness 4) Summary of the results of the assessment of physical and mental readiness. 5) Evaluate the risk of kidney rejection reactions in patients who wish to register to receive a kidney transplant.

Conclusion: The developed system for preparing applicants for kidney transplantation is developed. Helps operations be clear and concrete. There is comprehensive screening. Continuous health assessment Increase access to services and participation from stakeholders at all levels.

Keyword : kidney transplant, development of candidate preparation system, quality of life



กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากเงินทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2565 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร และ อาจารย์ ดร.กษมา วงษ์ประชุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งได้รับความกรุณาจากประธานและคณะกรรมการสอบเค้าโครงและกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน

ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่อนุเคราะห์บุคลากรพื้นที่ ทีมดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ที่ร่วมพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัย

ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่ให้ข้อคิดและให้การสนับสนุน ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งคำแนะนำในการแก้ไขท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสถิตย์-แม่บุญหลาย อุตทอง ที่อบรมเลี้ยงดูมาจนโตและสนับสนุนการทำงานทุกอย่างของลูก ขอขอบคุณกัลยามิตรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เป็นกำลังใจในการศึกษาและทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบเป็นประโยชน์และคุณูปการสำหรับทุกท่านและขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นคนดี

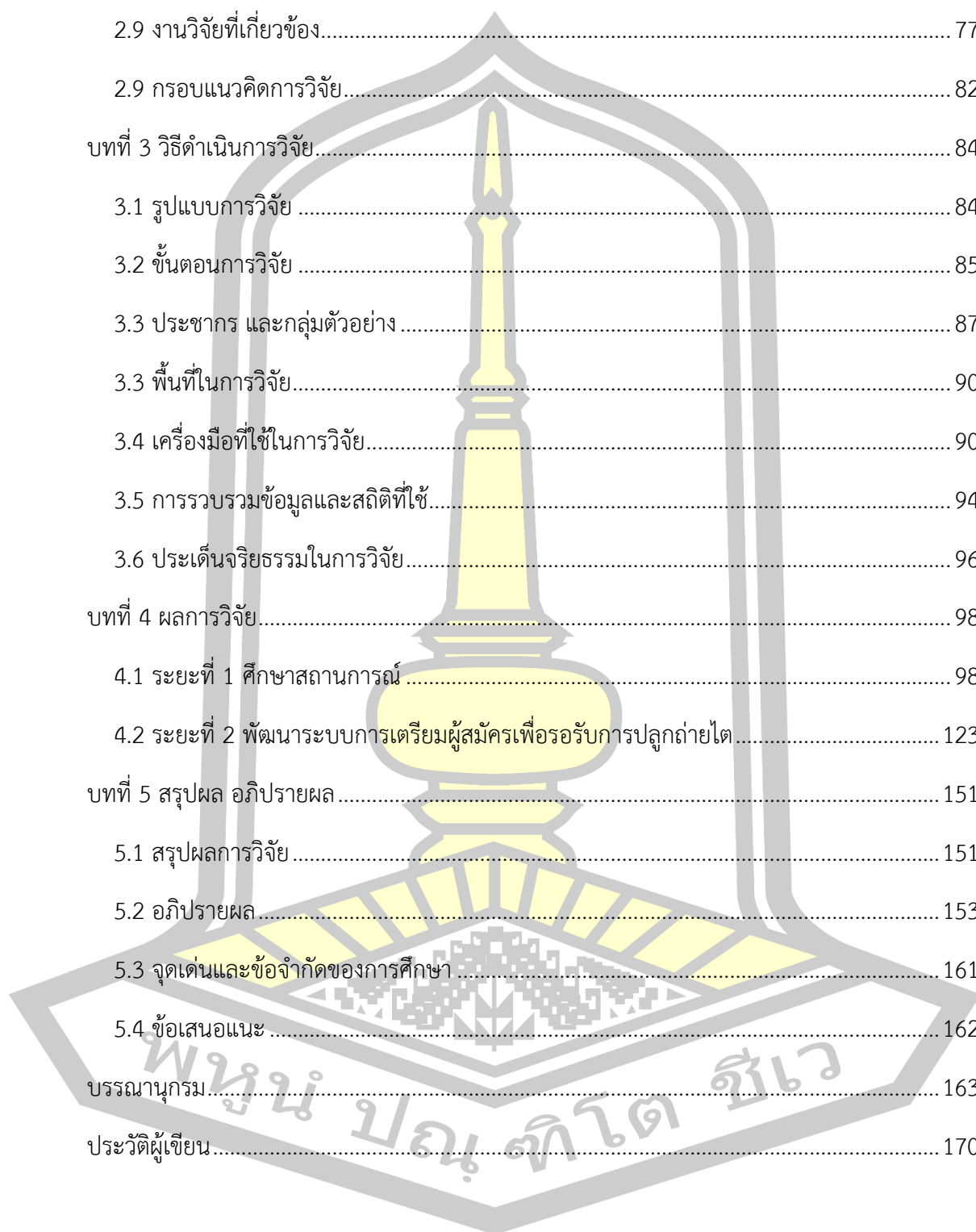
มานะพนธ์ อุตทอง

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์	5
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้.....	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล	8
2.1 ไทวายเป็นเรื่อง.....	8
2.2 การปลุกถ่ายไต	15
2.3 แนวทางการประเมินผู้รับบริจาคไตเพื่อรอรับการปลุกถ่ายไต	20
2.4 แบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับหัตถการทางการแพทย์.....	50
2.5 ทฤษฎีระบบ (System Theory).....	52
2.6 แนวคิดความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ.....	58
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	61

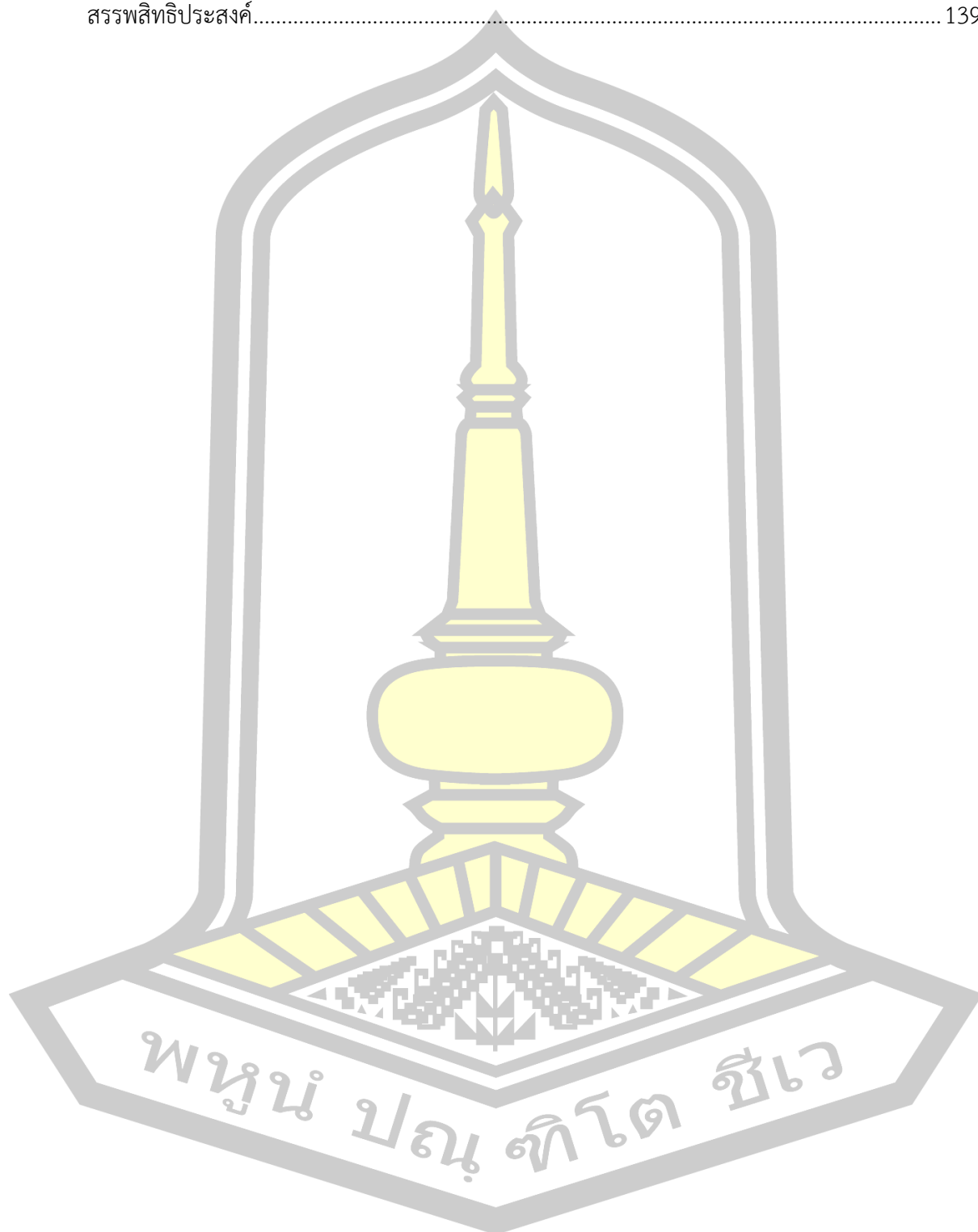
2.8 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research).....	63
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	84
3.1 รูปแบบการวิจัย	84
3.2 ขั้นตอนการวิจัย	85
3.3 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	87
3.3 พื้นที่ในการวิจัย.....	90
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	90
3.5 การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	94
3.6 ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย.....	96
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	98
4.1 ระยะเวลาที่ 1 ศึกษาสถานการณ์.....	98
4.2 ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	123
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล.....	151
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	151
5.2 อภิปรายผล.....	153
5.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา.....	161
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	162
บรรณานุกรม.....	163
ประวัติผู้เขียน.....	170



สารบัญตาราง

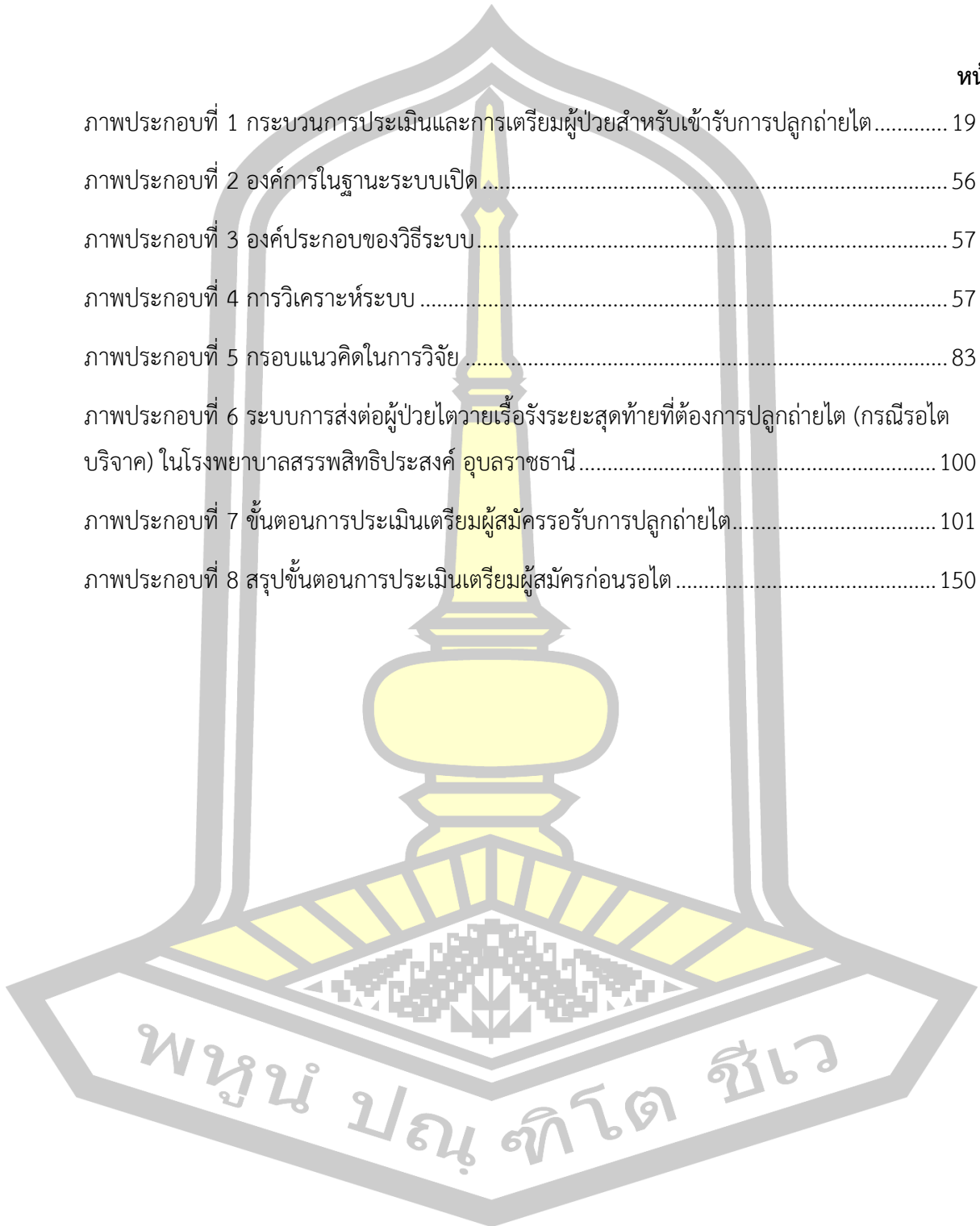
	หน้า
ตาราง 1 แสดงระยะของไตวายเรื้อรัง.....	12
ตาราง 2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เตรียมสมัครรับการปลูกถ่ายไต.....	91
ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมรับการปลูกถ่ายไต.....	92
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รอไตบริจาค (Waiting list) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (n=20).....	109
ตาราง 5 คุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	118
ตาราง 6 ความรู้ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต.....	118
ตาราง 7 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	119
ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต.....	119
ตาราง 9 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	121
ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.....	129
ตาราง 11 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	132
ตาราง 12 การเปรียบเทียบความรู้ผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนและหลังพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต.....	133
ตาราง 13 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	134
ตาราง 14 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต.....	135

ตาราง 15 เปรียบเทียบระบบก่อนและหลังการเตรียมผู้สมัครเพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาล
สรรพสิทธิประสงค์..... 139



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการประเมินและการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเข้ารับการปลูกถ่ายไต.....	19
ภาพประกอบที่ 2 องค์การในฐานะระบบเปิด	56
ภาพประกอบที่ 3 องค์ประกอบของวิธีระบบ.....	57
ภาพประกอบที่ 4 การวิเคราะห์ระบบ	57
ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	83
ภาพประกอบที่ 6 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการปลูกถ่ายไต (กรณีรื้อไต บริจาค) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.....	100
ภาพประกอบที่ 7 ขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไต.....	101
ภาพประกอบที่ 8 สรุปขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครก่อนรื้อไต	150



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease หรือ ESRD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมต่าง ๆ ตลอดจนมีค่ารักษาพยาบาลสูงและมีแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 15-20 ต่อแสนประชากรต่อปี (Theptrakanporn et al., 2017) โดยพบว่าสาเหตุหลักของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.5 ปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการรักษาที่มีเป้าหมายหลักเพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย ป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะยูรีเมีย และช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ (ญาณนนท์ รัตนธีรวิเชียร, 2558) ประกอบด้วยวิธีการทั้งหมด 4 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant: KT) และการประคับประคอง (Supportive treatment) วิธีการรักษาพบว่า การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด โดยสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ เมื่อเทียบกับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่น ๆ (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ, 2556) สองวิธีการรักษาแรก ผู้ป่วยมีอัตราตายร้อยละ 16 ต่อปี โดยประมาณ ในขณะที่ผู้ป่วยภายหลังการปลูกถ่ายไตจะมีอัตราตายร้อยละ 4 ต่อปีโดยประมาณ (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2562)

การปลูกถ่ายไต คือการรักษาโดยใช้ไตจากผู้บริจาคซึ่งผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ ให้มาทำหน้าที่แทนไตเดิมของผู้ป่วยที่สูญเสียไปอย่างถาวรแล้ว ประเทศไทยเริ่มมีการปลูกถ่ายไตครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2515 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2561 พบว่าในประเทศไทยมีผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นจำนวน 9,520 รายโดยข้อมูลปี พ.ศ. 2561 (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2562) มีการปลูกถ่ายไตให้กับผู้ป่วยจำนวน 670 ราย แบ่งเป็นผู้รับไตจากผู้บริจาคมีชีวิต (Living donor) จำนวน 188 ราย และเป็นผู้รับไตจากผู้บริจาคสมอตาย (Deceased donor) จำนวน 482 ราย ซึ่งเป็นอัตราส่วนประมาณ 1:10 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รอรับการบริจาคไต กล่าวคือปัจจุบันมีผู้รอรับบริจาคไตจำนวน 6,401 ราย แต่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปลูกถ่ายไต 5,934 ราย (ร้อยละ 92.70) นอกจากนี้ สาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในประเทศไทยของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต คือ ภาวะการติดเชื้อถึงร้อยละ 46.7 และสาเหตุของการสูญเสียไตมาก

ที่สุด คือ การเกิดปฏิกิริยาการปฏิเสธไต (Rejection) ถึงร้อยละ 43.9 เนื่องจากประเทศไทยมีผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับผู้บริจาคไตและสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด คือ การติดเชื้อ ดังนั้น การเตรียมตัวผู้ป่วยตั้งแต่อ่อนเข้ารอการปลูกถ่ายไตจึงมีความสำคัญเป็นอันมาก โดยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความพร้อมและความรู้ในการปลูกถ่ายไต การปฏิบัติตนหลังได้รับการปลูกถ่ายไต ข้อดีและข้อเสียของการปลูกถ่ายไต การประเมินความเสี่ยงของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การประเมินความเสี่ยงของโอกาสการติดเชื้อหลังปลูกถ่ายไต และประเมินความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาการปฏิเสธไตในผู้ป่วย เป็นต้น

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ให้บริการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งก่อนและหลังปลูกถ่ายไตทั้งจังหวัดอุบลราชธานี และในเขตสุขภาพที่10 ได้เริ่มทำการปลูกถ่ายไตครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบันมีการปลูกถ่ายไตให้กับผู้ป่วยจำนวน 156 ราย แบ่งเป็นผู้รับไตจากผู้บริจาคมีชีวิต (Living donor) จำนวน 33 ราย และเป็นผู้รับไตจากผู้บริจาคสมอตาย (Deceased donor) จำนวน 123 ราย ซึ่งเป็นอัตราส่วนประมาณ 1:10 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รอรับการบริจาคไต กล่าวคือปัจจุบันมีผู้คัดกรองรอรับบริจาคไตจำนวน 351 ราย แต่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปลูกถ่ายไต 251 ราย (ร้อยละ 71.5) นอกจากนี้ สาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต คือ ภาวะการติดเชื้อ และสาเหตุของการสูญเสียไตมากที่สุด คือ การเกิดปฏิกิริยาการปฏิเสธไต (Rejection) ถึงร้อยละ 12.2 จากสถิติปี 2560 – 2563 มีผู้ป่วยที่เข้าโครงการปลูกถ่ายไตพบจำนวนผู้รอรับการปลูกถ่ายไต 356, 307, 251 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตรับยาต่อเนื่อง 127, 142, 151 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2563)

สำหรับบริบทการดำเนินงานการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต พื้นที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ผ่านมาได้ดำเนินการตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ตั้งแต่กระบวนการดูแลและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต การส่งต่อให้เข้าสู่การรักษา การปฏิบัติตนก่อนการปลูกถ่ายไต และหลังการปลูกถ่ายไต การกำกับกรกินยา การส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ผลการดำเนินงานพบว่า ด้านการคัดกรองผู้รับบริจาคและผู้บริจาคไต ร้อยละ 20.6 จากการทบทวนการคัดกรอง พบว่าขาดการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลขาดทักษะในการประเมิน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการปลูกถ่ายไต ด้านการส่งเสริมให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อม ร้อยละ 20.4 ซึ่งเน้นส่งเสริมความรู้ในการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการปลูกถ่ายไต นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยของคลินิกปลูกถ่ายไตยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมจึงเป็นการให้อย่างคร่าว ๆ ไม่ครอบคลุม และขาดความต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคน ได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันไปตามช่วงเวลา ด้านการประเมินความเสี่ยงมีความต่อเนื่องในการประเมิน ร้อยละ 30.8 และยังพบว่า

ความล่าช้าในการส่งต่อประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไตแต่ละแผนกเพื่อการวินิจฉัย การประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยที่รอเข้ารับการปลูกถ่ายไต มีการนัดติดตามส่งปรึกษาแต่ละแผนกช่วงแรกๆที่เริ่มการเตรียมก่อนเข้ารอปลูกถ่ายไต แต่ยังคงขาดการติดตามการนัดทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่า กระบวนการดูแลและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไตจึงมีความสำคัญอย่างมาก แต่พบว่ากระบวนการดำเนินงานยังขาดความเชื่อมต่อการดูแลอย่างเป็นระบบ พบว่า การคัดกรองขาดการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ได้รับเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน การตรวจ การปฏิบัติตนในระยะก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต และหลังเข้ารับการปลูกถ่ายไต ยังไม่เพียงพอให้ผู้รับบริการที่รอรับการปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการปลูกถ่ายไต มาก่อนทำให้เกิดความวิตกกังวล และสับสน จึงพยายามแสวงหาข้อมูลจากผู้รับบริการรายอื่น ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน และอาจส่งผลถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตด้วย ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหลายรายที่อยู่ระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายไต มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การดื่มน้ำเกินปริมาณที่จำกัด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงส่งผลให้สภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และเนื่องจากผู้ป่วยที่รอคอยการบริจาคอวัยวะสำหรับการปลูกถ่ายไตมีจำนวนมาก จึงทำให้ระยะเวลาการรอรับบริจาคค่อนข้างนาน จากข้อมูลปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี 7 เดือน นับจากวันลงทะเบียนเพื่อรอรับการบริจาคไต และผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตนานที่สุดคือ 16 ปี 5 เดือน อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าตนมีโรคไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 หรือเริ่มมีอัตราการกรองของโกลเมอรูลัส (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 30 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร โดยแพทย์ผู้ดูแลควรพิจารณาผู้ป่วยแต่ละรายถึงความเป็นไปได้ของการปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอัตราการรอดชีวิตได้นานที่สุด การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ สามารถปฏิบัติตนที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต และหลังการปลูกถ่ายไตช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและเพิ่มความรับรู้ความสามารถของตนเองแก่ผู้รับบริการตรวจ จะช่วยให้เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี และพร้อมเข้ารอการปลูกถ่ายไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อรอเรียกเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อ นอกจากนี้ระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต ควรคัดเลือกและเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้ผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายไตในระยะยาวออกมาดีที่สุด ดังนั้นการรักษาที่มีคุณภาพจึงเป็นการบริการที่ผู้รับบริการหวังจะได้รับ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจ แต่หากผู้รับบริการได้รับน้อยกว่าที่หวังไว้ก็จะเกิดความ

ไม่พอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก (Kotler. 1994: 483) จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไตให้มีระบบที่ชัดเจน เชื่อมต่อการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยตั้งแต่ก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต ระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างครอบคลุม เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการรอดชีวิตและอัตราการรอดของไตที่ปลูกถ่ายยาวนานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- 2) เพื่อพัฒนากระบวนการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- 3) เพื่อประเมินผลของระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

ดังนี้

1) ศึกษาสถานการณ์การเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ได้แก่ สภาพปัญหา กลไกการดำเนินงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต คุณภาพชีวิต ด้าน ความรู้การปฏิบัติตัวก่อนและหลังปลูกถ่ายไต

2) การพัฒนาและประเมินผลระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 ส่วน ได้แก่

1) ประชากรในการศึกษาความชุก คือผู้ป่วยของโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตรม. (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5) ผ่านการบำบัดทดแทนไตทุกราย

2) ประชากรในการศึกษาระบบการเตรียม คือทีมสหวิชาชีพและผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการคัดเลือกเจาะจง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผู้รอรับไต (ผ่านขั้นตอนการเตรียม) จำนวน 20 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนร่วมในการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาการดำเนินงานผู้ป่วยของโรคไตเรื้อรังและพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการคัดเลือกเจาะจง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน ผู้สมัครเตรียมรอไต จำนวน 30 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พื้นที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความเหมาะสมรอรับการปลูกถ่ายไตได้

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ผู้สมัครเตรียมเข้ารับการปลูกถ่ายไต หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตรม. (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5) ผ่านการบำบัดทดแทนไตทุกราย ได้รับข้อมูลการปลูกถ่ายไต และได้รับพิจารณาโดยแพทย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ว่ามีความเหมาะสมสำหรับการ

ปลูกถ่ายไต ความคุ้มค่าของการใช้ไตปลูกถ่ายให้ได้ประโยชน์สูงสุด และควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team)

1.5.2 การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) หมายถึงการรักษาโดยการใช้นไตจากผู้อื่นซึ่งผ่านการตรวจแล้วว่าเข้ากันได้ให้มาทำหน้าที่แทนไตเดิมของผู้ป่วยที่สูญเสียไปอย่างถาวรแล้ว โดยนำไตของผู้บริจาคไต (Donor) 1 ข้างมาปลูกถ่ายในผู้รับไตที่เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Recipient) ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1.5.3 ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง อายุรแพทย์โรคไต แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม กลุ่มงานโรคหัวใจ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานโภชนศาสตร์ กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานธนาคารเลือด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ห้องตรวจสอบสิทธิการรักษาของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1.5.4 การพัฒนาระบบ หมายถึง การวิเคราะห์ ปรับปรุงองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้

1.5.5 การเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไต หมายถึง แบบแผนในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มารับบริการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย

1.5.5.1 ระบบการนัดผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต หมายถึง ระบบการนัดผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการประสานงานกับบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วยช่องทางการนัดผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต และคู่มือการนัดผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตสำหรับบุคลากรสุขภาพ

1.5.5.2 การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มาขอรับการปลูกถ่ายไต โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการปรับตนเองของสิ่งแวดล้อมและจอห์นสันโดยเป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับ

(1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ เป็นข้อมูลที่อธิบาย ให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์วิธีการ และขั้นตอนการปลูกถ่ายไต

(2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส การได้กลิ่น การได้ยินเสียงการมองเห็น และการสัมผัส

(3) ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์

1.5.6 ความพึงพอใจต่อการให้บริการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้รับบริการที่เกิดจากประสบการณ์เข้ารับบริการการปลูกถ่ายไต ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวก 2) ความพึงพอใจด้านการประสานงาน

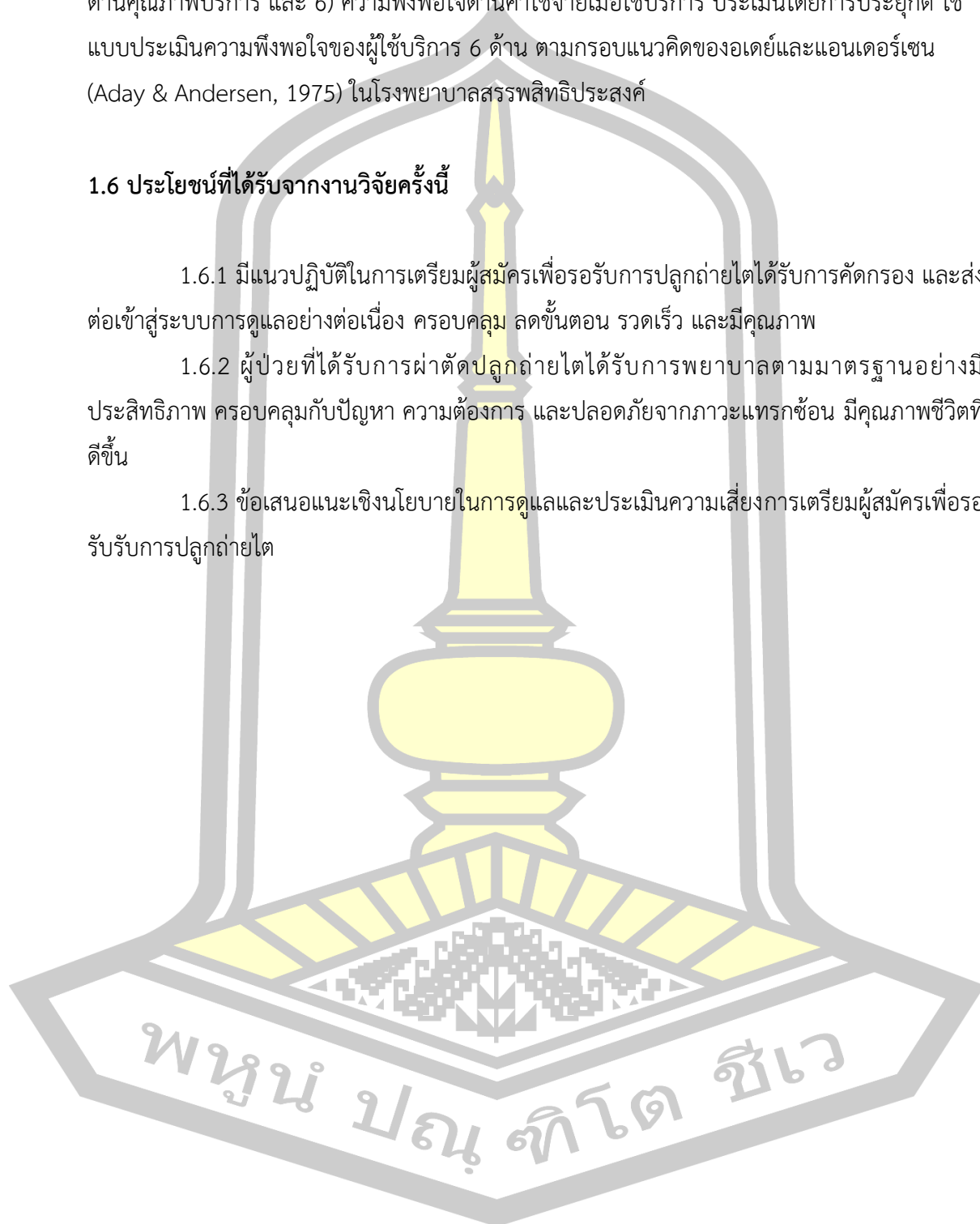
3) ความพึงพอใจด้านอรรถาศัยของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ และ 6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ประเมินโดยการประยุกต์ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้

1.6.1 มีแนวปฏิบัติในการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตได้รับการคัดกรอง และส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ลดขั้นตอน รวดเร็ว และมีคุณภาพ

1.6.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมกับปัญหา ความต้องการ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลและประเมินความเสี่ยงการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ดังนี้

1. ไตวายเรื้อรัง
2. การปลูกถ่ายไต
3. แนวทางการประเมินผู้รับบริจาคไตเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต
4. แบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับหัตถการทางการแพทย์
5. ทฤษฎีระบบ
6. แนวคิดความพึงพอใจการให้บริการสุขภาพ
7. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
8. การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมูลค่าสูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ประกอบด้วย สถานการณ์ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง การแบ่งระยะ ภาวะแทรกซ้อน และการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 สถานการณ์การเกิดไตวายเรื้อรัง

สถานการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูงผลที่ตามมาคือ มีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย ปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตวายเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลกและมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการตาย 20 อันดับแรกของ

สาเหตุการตายทั่วโลกอีกด้วย (National Kidney Foundation, 2015) ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 30 ล้านคนหรือ ร้อยละ 15 ของประชากรผู้ใหญ่ (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 48 พันล้านดอลลาร์ต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 6.7 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด (National Kidney Foundation, 2015) สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขเช่นกันจากข้อมูลการรายงานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตมีความชุก 2,274 คนต่อล้านประชากร และอุบัติการณ์ 338.8 คนต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ.2563 มีความชุกเพิ่มเป็น 2,580 คนต่อล้านประชากรและอุบัติการณ์ 298.7 คนต่อล้านประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตลอด 15 ปีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 เป็นต้นมาจนถึง ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 170,774 คน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งสิ้นประมาณ 164,191 คน และมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนปีละ 19,772 คน แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่รวมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะแรกๆ อีกจำนวนมากที่ยังไม่มีอาการซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชาชนทั่วไปและมีโอกาสไตเสื่อมลงจนกลายเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในที่สุด (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559: 4)

2.1.2 ความหมายของไตวายเรื้อรัง

องค์การสมาคมโรคไตนานาชาติ (NKF) ของสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้ใช้คำว่าไตเรื้อรังแทนคำว่าไตวายเรื้อรัง ซึ่งใช้กันมานาน เนื่องจากสามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ดีขึ้นกว่าเดิมรวมทั้งครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตที่มีโอกาสเกิดการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยผู้ป่วยยังคงมีการทำงานของไตปกติอยู่ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เกรียง ตั้งสง่า (2537: 4) ได้ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่อง โดยดูจากค่า Serum creatinine ที่สูงขึ้น หรือ อัตราการกรองของไต (GFR) ที่ลดลงจากปกติ ติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน และพบมีภาพรังสีหรือ ภาพถ่าย Ultrasonogram แสดงว่าไตมีขนาดเล็กกว่าปกติ หรือพบมีภาวะโลหิตจางหาสาเหตุไม่ได้

สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (2539: 14) ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่าหมายถึง ภาวะที่พบในโรคไตวายเรื้อรังทุกชนิดที่มีการทำลายหน่วยไตจำนวนมาก ทำให้มีการเสื่อมหน้าที่ของทั้งโกลเมอรูลัส (Glomerulus) และ ทิวบูล (Tubule) อย่างถาวร

พรรณบุปผา ซูวิเชียร (2539: 28) ได้ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการทำงานของไตเสื่อมลงเป็นเวลาดูติดต่อกันนานเกินกว่า 6 เดือน สามารถวินิจฉัยภาวะนี้โดยวัดการทำงานของไตด้วยค่า Glomerular Filtration Rate (GFR)

วิทยา ศรีตามา (2539: 19) ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการเสียหายที่ต่างๆ ของไต หน้าที่เหล่านี้มีทั้งการขับดูดซึมกลับของสารต่างๆ เกลือแร่ สารน้ำกรดต่าง การสร้างเอนไซม์ ฮอร์โมนหลายชนิดและเมตาบอลิซึมที่เกิดที่ไตอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่างถาวร จะไม่สามารถฟื้นคืนหน้าที่ได้

โสภณ นภาร (2542: 1) ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง โรคที่มีการทำงานของไตไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และถึงแม้แก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายไตในระยะแรกแล้ว การเสื่อมของไตจะยังคงดำเนินต่อไป จนในที่สุดเกิดเป็นโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้าย

สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2544: 25) ให้ความหมายของโรคไตวายเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่องติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ถึงแม้จะได้รับการแก้ไขสาเหตุทำให้เกิดการทำลายไตในระยะแรกแล้ว แต่การเสื่อมของไตยังคงดำเนินไปเรื่อยๆ จนเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD)

คำจำกัดความของ CKD ในปัจจุบันใช้ ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) ปี 2013 และของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี 2558 ซึ่งหมายถึง การที่ไตมีความผิดปกติด้านโครงสร้างหรือการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมานานกว่า 3 เดือน (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2013; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มีหลักฐานที่แสดงถึงการที่ไตถูกทำลาย (kidney damage) ได้แก่

1. มีภาวะ albuminuria (albumin excretion rate มากกว่า 30 มก/วัน หรือมีค่า albumin to creatinine ratio มากกว่า 30 มก/กรัม)
2. มี urine sediment abnormalities เช่น hematuria
3. มีความผิดปกติทางเกลือแร่ที่มีสาเหตุมาจาก tubular disorder
4. มีความผิดปกติจากการตรวจทาง histopathology
5. ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างจากการตรวจทางรังสีวิทยา
6. มีประวัติได้รับการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) อัตราการกรองของเสียจากไต (glomerular filtration rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตรม

2.1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากในปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้น มีอัตราการเกิดใหม่ลดลงมีรูปแบบของการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable disease: NCD) เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เบาหวานและความดันโลหิตสูง กลายเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคไตวายเรื้อรังในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลัง

พัฒนา อย่างไรก็ตามในทวีปเอเชียและบางประเทศพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุซึ่งมีความสัมพันธ์กับพาหะนำโรคติดเชื้อที่มากขึ้น มลภาวะสารกำจัดศัตรูพืชและสัตรีการใช้ ยาแก้ปวดตลอดจนสมุนไพรท้องถิ่น หรืออาจเกี่ยวข้องกับปัญหาพิษโภชนาการและเด็กเกิดน้ำหนักน้อยอีกด้วย (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2559: 10) เช่นเดียวกับ (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557: 454-455) ที่กล่าวว่า สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคไตเรื้อรังคือ เบาหวาน รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงและโรคไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) เช่น IgA nephropathy โรคไตอักเสบลุปัสภาวะไตอักเสบตามหลังการติดเชื้อ เป็นต้น สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ polycystic kidney disease ซึ่งเป็นโรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์การใช้ ยาแก้ปวด กลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลานานทำให้เกิด analgesic nephropathy ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงเกิดภาวะ ischemic nephropathy ภาวะอุดตันที่ท่อไตทั้งสองข้างจากนิ่วในท่อปัสสาวะ หรือภาวะอุดตันในทางเดินปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต หรือมีปัญหา vesicoureteral reflux ทำให้มีปัสสาวะไหลย้อนขึ้นไปจากกระเพาะปัสสาวะไปที่ไต ซึ่งส่วนใหญ่พบพยาธิสภาพที่ไตเป็น focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) หรือเกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV ทำให้เกิด HIV associated nephropathy (HIV AN) หรือโรค amyloidosis หรือ vasculitis นอกจากนี้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556) ได้แยกสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังเป็น 3 สาเหตุได้แก่

- 1) โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอสแอลอี โรคเกาต์นิ่วในไต ไตอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น
- 2) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและสารเคมีต่าง ๆ เช่น โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ยาที่มีผลข้างเคียงต่อไต ยาลดความอ้วน ยาสมุนไพร
- 3) กรรมพันธุ์หรือความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น การมีไตเล็กแต่กำเนิด โรคถุงน้ำในไต การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ

2.1.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงในโรคไตเรื้อรังขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคไตเรื้อรังและระยะของโรค ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังในระยะแรกคือระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ส่วนมากจะมีอาการ อาการแสดงของโรค เมื่อโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจนำมาพบแพทย์ด้วยปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับปริมาณของปัสสาวะ เช่น ปริมาณปัสสาวะมาก (มากกว่า 3 ลิตรต่อวัน ; polyuria) หรือน้อย (น้อยกว่า 500 ม.ล.ต่อวัน ; Oliguria) หรือ ปริมาณปัสสาวะน้อยมาก (น้อยกว่า 50 ม.ล.ต่อวัน: anuria) ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการบวม ความดันโลหิตสูงและหรือสีของปัสสาวะผิดปกติผู้ป่วยที่มีโรคไตอักเสบอาจมาด้วยปัญหาเลือดออกหรือมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ภาวะบวม ความดันโลหิตสูง สำหรับปัญหาปริมาณปัสสาวะมากนั้นอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของไตและทางเดินปัสสาวะที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือความผิดปกติที่

tubulointerstitium ทำให้มีความผิดปกติทำให้ปัสสาวะเข้มข้นได้เช่น nephrogenic diabetes insipidus โดยความผิดปกติเกี่ยวกับ concentrating ability มักเกิดขึ้นก่อนที่ไตจะมีหน้าที่การทำงานเสื่อมลง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรก ส่วนใหญ่วินิจฉัยจากผลตรวจเลือดที่มีระดับของครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นหรือตรวจพบปัสสาวะผิดปกติโดยบังเอิญ บางรายของระยะที่ 3 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ของระยะที่ 4 หรือ 5 อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียง่าย ภาวะโลหิตจาง หรือมีอาการอ่อนแรง บางรายอาจมีอาการระบบประสาทหรือปวดตามกระดูก เนื่องจากมีปัญหาทางกระดูกจาก renal osteodystrophy ในผู้ป่วยโรคไตลุบมักมีอาการในระบบทั่วไปของร่างกาย เช่น ไข้ปวดข้อข้ออักเสบ ผื่น ส่วนในรายที่มีโรค Wegener granulomatosis มักมีอาการแสดงทางระบบหายใจส่วนต้น เช่น ไอเป็นเลือด เนื่องจากไตมีหน้าที่ควบคุมดูแลสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงมักมีความผิดปกติในสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ร่วมด้วย (ปัญญา สติระพจน์ และคณะ, 2557: 457)

2.1.5 การแบ่งระยะของไตวายเรื้อรัง

Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) (2013) ได้แบ่งระยะของไตวายเรื้อรังตามอัตราการกรองของหน่วยไต ดังนี้

ตาราง 1 แสดงระยะของไตวายเรื้อรัง

ลำดับขั้นของ GFR	GFR (มล./นาที/1.73ตร.ม.)	ระดับการทำงานของไต
G1	> 90	ปกติหรือสูง
G2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
G3a	45-59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
G3b	30-44	ลดลงปานกลางถึงมาก
G4	15-29	ลดลงมาก
G5	< 15	ลดลงมาก

ที่มา: Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2013

โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 หมายถึง ค่าการทำงานของไตปกติ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มล./นาทีต่อ1.73 ตร.ม.

โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 60-89 มล./นาทีต่อ 1.73 ตร.ม.

โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 30-59 มล./นาทีต่อ

1.73 ตรม

โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 หมายถึง ค่าการทำงานของไตอยู่ในช่วง 15-29 มล./นาทีต่อ

1.73 ตรม.

โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 หมายถึง ค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาทีต่อ 1.73 ตรม. หรือมีการบำบัดทดแทนไตจัดว่ามีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.1.6 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงใกล้ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจนค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 15 มล./นาทีต่อ 1.73 ตรม. จะเริ่มมีอาการและอาการแสดงของภาวะยูริเมียเกิดขึ้นและผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนี้ (สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2543: 1255- 1259)

1. ภาวะ Malnutrition ผู้ป่วยมักมีอาการเบื่ออาหารรับประทานอาหารลดลงมีการดูดซึมสารอาหารทางลำไส้ลดลง และมีภาวะ metabolic acidosis จึงพบภาวะ malnutrition ได้บ่อยในผู้ป่วยระยะนี้ควรประเมินสภาวะโภชนาการของผู้ป่วยบ่อยขึ้น

2. ภาวะ Uremic bleeding พบว่า เลือดออกง่ายทั้งในผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคมากแล้ว กล่าวคือมักพบเมื่อผู้ป่วยมีระดับ GFR น้อยกว่า 10-15 มิลลิลิตรต่อ 1.73 ตรม. ผู้ป่วยมักมีค่า Bleeding time นานขึ้น ซึ่งเกิดจากเกร็ดเลือดทำงานผิดปกติเป็นหลัก ถ้าผู้ป่วยมีค่า Bleeding time นานขึ้นแต่ไม่มีอาการก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาที่จำเพาะ แต่ถ้าผู้ป่วยกำลังมีเลือดออกไม่หยุด ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากความผิดปกติของเกร็ดเลือดหรือในผู้ป่วยที่มีการวางแผนจะไปทำการผ่าตัด หรือทำหัตถการที่ Invasive ก็ควรให้การรักษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความแตกต่างกันในแง่ของระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์และระยะเวลาของการออกฤทธิ์

3. ภาวะ Uremic pericarditis ใน ผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่เป็นมากอาจพบ Pericardial disease ได้หลายชนิด ที่พบบ่อยได้แก่ Pericarditis และ Pericardial effusion พบภาวะ Uremic pericarditis ในร้อยละ 6-10 ของผู้ป่วยไตวายระยะที่เป็นมาก ซึ่งยังไม่ได้ ทำ dialysis หรือหลังทำ Dialysis ได้ไม่นาน ยังไม่ทราบกลไกการเกิดโรคชัดเจน แต่พบว่า ภาวะ Pericarditis มีความสัมพันธ์กับระดับของ Azotemia ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการใช้ Pleuritic chest pain และตรวจพบ Pericardial friction rub ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งของภาวะนี้ คือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มักไม่พบลักษณะ Diffuse ST and T wave elevation ซึ่งอาจเป็นเพราะภาวะ Uremia ยังไม่ได้ทำให้เกิด Injury ต่อ epicardium ดังนั้นถ้าพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจดังกล่าว ก็ควรคำนึงถึงสาเหตุอื่นของภาวะ Pericarditis

4. ภาวะ Uremic neuropathy หมายถึง ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ได้แก่ Encephalopathy, polyneuropathy และ

mononeuropathy ภาวะ uremic neuropathy เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักจะมีอาการของ sensory dysfunction โดยมีลักษณะของ restless leg หรือ burning feet syndrome แต่ในปัจจุบันพบภาวะ uremic neuropathy ได้ไม่บ่อย เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเริ่มทำ dialysis เร็วขึ้น

2.1.7 การบำบัดทดแทนไต

เมื่อไตทำงานลดลงจนถึงไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 หรือที่เรียกว่าไตวายระยะสุดท้าย ร่างกายจะเกิดการคั่งของของเสีย น้ำเกลือแร่ และ กรดต่าง การเสียสมดุลฮอร์โมนของร่างกายทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด คับ บวมตามร่างกาย อึดอัด หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ การฟอกเลือดการล้างไตทางช่องท้อง หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งการรักษาทั้ง 3 วิธีมีรายละเอียด ดังนี้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556: 7-8)

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) คือ การนำเลือดผ่านทางช่องทางฟอกเลือดที่มีการเตรียมไว้ออกมาฟอกโดยผ่านตัวกรองเลือดเพื่อขจัดของเสีย ปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่างแล้วนำเลือดกลับเข้าสู่ร่างกายโดยใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งตลอดชีวิตหรือจนกว่าจะได้การปลูกถ่ายไต

2. การล้างไตทางผนังช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) คือ การใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้อง แล้วทิ้งไว้ประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของเสียและน้ำโดยการซึมผ่านเยื่อช่องท้อง จากนั้นปล่อยน้ำยาออกหมุนเวียนต่อเนื่องทุกวัน อย่างน้อย 4-5 ครั้งต่อวันปัจจุบันมีเครื่องมือพิเศษช่วยในการล้างไตให้สะดวกมากขึ้น

3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) คือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ที่ได้จากผู้บริจาคเข้าไปในผู้ป่วยไตวาย โดยไตใหม่นั้นอาจมาจากผู้บริจาคที่มีชีวิตหรือเสียชีวิตโดยมีการตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียด รวมถึงไตผู้ให้ต้องเป็นไตที่แข็งแรงสมบูรณ์รวมถึงคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้ไตด้วย

สรุปได้ว่าไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและการได้รับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตวายเรื้อรัง ที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในระยะแรกอาจจะไม่แสดงอาการจนการทำงานของไตมีการเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนส่งผลเชิงลบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตตามมา และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การปลูกถ่ายไต การศึกษาการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลือกรักษาคลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาล

สรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถานที่ในการศึกษา โดยศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เลือกรูปแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต

2.2 การปลูกถ่ายไต

การปลูกถ่ายไต (Transplantation) เป็นการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากที่สุดและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติและไม่ต้องใช้บริการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องอีกต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการต่อต้านอวัยวะใหม่ (Rejection) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หากกำหนดให้คุณภาพชีวิตเท่ากับ 1 เท่ากับคุณภาพชีวิตของคนปกติเต็มร้อย ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.77 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเท่ากับ 0.68 ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องเท่ากับ 0.72 ดังนั้น การปลูกถ่ายไตจึงเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตใหม่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (โสภณ จิริสิริธรรม และคณะ, 2554:151; อติศวี ทศณรงค์ และคณะ, 2562 :566)

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไตประกอบด้วย สถานการณ์การปลูกถ่ายไต ความหมาย ประเภทการปลูกถ่ายไต การเตรียมตัวสำหรับการปลูกถ่ายไต ปัญหาสุขภาพที่เกิดหลังปลูกถ่ายไต การติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกันการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 สถานการณ์การปลูกถ่ายไต

การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะถือว่าเป็นความสำเร็จของวงการแพทย์ในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอวัยวะที่ได้รับการปลูกถ่ายมากที่สุด และประสบผลสำเร็จสูงที่สุดจนถึงได้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นการรักษามาตรฐานที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) (โสภณ จิริสิริธรรม และคณะ, 2554: 328) ในปัจจุบันพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation Recipient: KTR) มากถึง 80,000 คนทั่วโลก (International Society of Nephrology, 2016) และมีการปลูกถ่ายไตมากกว่า 80 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็นประเทศสหรัฐอเมริกา จีน บราซิล และอินเดีย (Garcia et al, 2012) โดยในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยปลูกถ่ายไต จำนวน 662,000 คน (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) แต่ในบางประเทศเช่น ประเทศญี่ปุ่น สิงคโปร์พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เพียงร้อยละ 5 จากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด

เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนไตและปัจจัยอื่นร่วมด้วย (Chapman, 2017) สำหรับประเทศไทยเริ่มให้บริการปลูกถ่ายไตครั้งแรก ในปี 2515 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย (โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ, 2554: 151) โดยมีจำนวนผู้ป่วยปลูกถ่ายไตยอดสะสม จำนวน 8,841 ราย โดยในปี 2563 พบว่า มีผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจำนวน 714 ราย จากผู้รอไตทั้งหมด 5,463 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 7.8 ของผู้รอรับทั้งหมดระยะเวลารอดำเนินตั้งแต่วันที่เริ่มฟอกเลือด นานที่สุดคือ 20 ปี 8 เดือน 19 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย คือ 2 ปี 6 เดือน 11 วัน และในระหว่างที่รอไตมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 185 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตของผู้รอรับอวัยวะทุกอวัยวะรวมกัน ไตจึงเป็นอวัยวะที่มีผู้รอรับมากที่สุด ใช้เวลารอคอยนานที่สุด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอมากที่สุดอีกด้วย (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, 2563)

ดังนั้น การปลูกถ่ายไตจึงนับว่าเป็นการรักษาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปมีชีวิตใหม่และมีสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาวซึ่งอาจจะทำให้เกิดไตวายกลับมาอีกได้ (Kosaka et al, 2013) ซึ่งสาเหตุการที่เกิดมักจะมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย ทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องของพยาธิกำเนิดโรค และปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การสูบบุหรี่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง (อดิศว์ ทศณรงค์ และคณะ, 2562)

2.2.2 ความหมายของการปลูกถ่ายไต

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) คือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ที่ได้จากผู้บริจาคเข้าไปในผู้ป่วยไตวาย โดยไตใหม่นั้นอาจมาจากผู้บริจาคที่มีชีวิตหรือเสียชีวิตโดยมีการตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียด รวมถึงไตผู้ให้ต้องเป็นไตที่แข็งแรงสมบูรณ์รวมถึงคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้ไตด้วย (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556: 8) National Kidney Foundation (2011) ได้ให้ความหมายของการปลูกถ่ายไตว่า เป็นการนำไตที่สมบูรณ์ใส่ไปในร่างกายเพื่อให้ทำหน้าที่แทนไตเดิมที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้

โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ (2554:3 28) กล่าวว่า การปลูกถ่ายไตเป็นการผ่าตัดนำไตที่ทำงานดี 1 ข้าง มาผ่าตัดใส่ให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

บัญชา สติระพจน์ และคณะ (2557: 489) กล่าวว่า การปลูกถ่ายไต เป็นการนำไตบริจาคจากผู้ป่วยสมองตาย หรือจากญาติที่มีชีวิตปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องมีหมู่เลือดและเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้

2.2.3 ประเภทของการปลูกถ่ายไต

Donor for kidney transplantation หมายถึง ผู้บริจาคไตเพื่อการผ่าตัดปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมี 2 ลักษณะ ดังนี้ (โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ, 2554: 336-339)

1. Cadaveric Donor หมายถึง ผู้บริจาคไตที่ถึงแก่กรรมแล้ว ในทางการแพทย์ผู้ที่ถึงแก่กรรมหมายถึงผู้ที่อยู่ในสภาวะสมองตาย โดยมีกฎเกณฑ์ของสมองตายซึ่งบัญญัติโดยแพทยสภาให้แพทย์ทั่วประเทศไทยถือปฏิบัติตาม ซึ่งอาจจะเป็นผู้ป่วยที่แสดงความจำนงบริจาคไว้ก่อนแล้วก็จะมีบัตรประจำตัวที่แสดงเจตนาในการบริจาคอวัยวะหรือเป็นการอนุญาตโดยสายตรงก็ได้หากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

2. Living Donor หมายถึง ผู้บริจาคที่มีชีวิตซึ่งแบ่งผู้บริจาคมีชีวิตที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เรียกว่า Living Related Donor และผู้บริจาคมีชีวิตที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น สามเณร เรียกว่า Living Non-Related Donor ซึ่งในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็น Living Related Donor เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเรื่องการซื้อขายไต หากเป็นสามเณรจะต้องทำงานตรวจตามขั้นตอนของสภากาชาดไตก่อนที่จะบริจาคไตได้

2.2.4 ระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไต

การเตรียมตัวสำหรับการปลูกถ่ายไตการปลูกถ่ายไตเป็นทางเลือกการรักษาสำหรับภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายไตที่ประสบความสำเร็จจะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและมีอัตราการตายลดลงเมื่อเทียบกับการทำฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างไรก็ตามไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนจะมีความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไต เนื่องจากมีข้อห้ามหลายประการสำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า การปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เนื่องจากการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงคนปกติ (บัญชา สติระพจน์ และคณะ, 2557: 489)

2.2.4.1 การประเมินและการเตรียมผู้รับบริจาคไตเพื่อสมัครรับการปลูกถ่ายไต

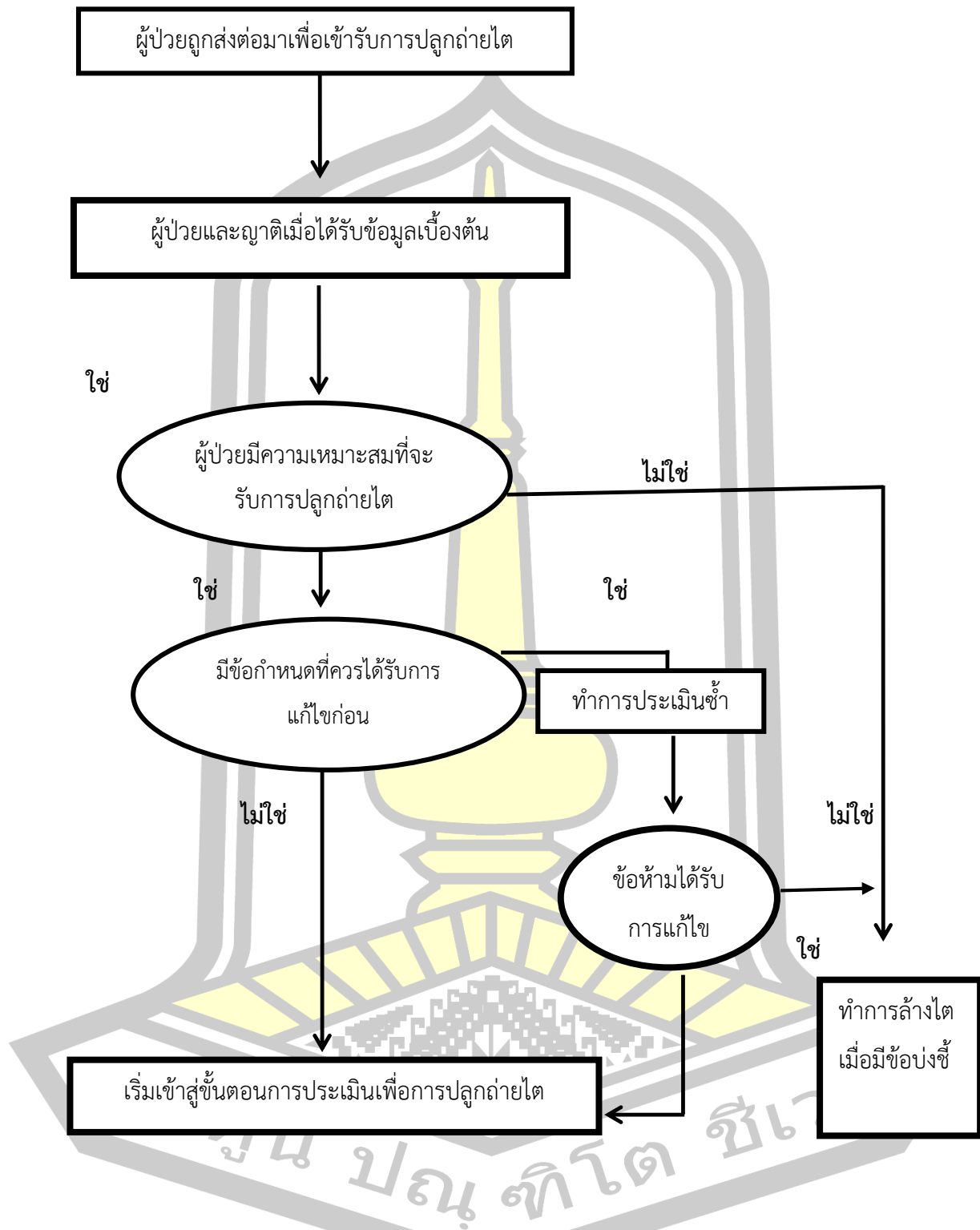
ผู้ป่วยที่ปรารถนาที่จะรับการปลูกถ่ายไตต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเพื่อประเมินความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไต การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไตนั้น ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้เท่านั้น แต่ควรเลือกและเตรียมผู้ป่วย เพื่อให้ผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายไตในระยะยาวออกมาดีที่สุด ทั้งในแง่อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยและอัตราการรอดของไตปลูกถ่าย (Graft Surval) (Knoll G, และคณะ, CMAJ 2005; 1181-4) การเตรียมผู้ป่วยในระยะแรกจึงมีความสำคัญมากในภาพรวม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ขั้นตอนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย และขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในรายชื่อผู้รอคอยการบริจาคอวัยวะ

2.2.4.2 กระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patients and family counseling)

การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต เป็นกระบวนการที่ต้องทำร่วมกัน ทั้งทีมปลูกถ่ายอวัยวะและผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการนี้ คือ การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยทำให้

ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบถึงข้อดีข้อเสียของการปลูกถ่ายไต ตนเองมีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใดและสามารถตัดสินใจได้ว่าสมควรที่จะทำการปลูกถ่ายไตโดยใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) หรือไม่ และควรจะได้รับไตจากญาติคนไหน กรณีที่มีผู้ประสงค์บริจาคหลายคน หรือเหมาะสมที่จะเข้าสู่รายชื่อผู้รอคอยการรับบริจาค เพื่อรอรับไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Deceased donor) มากกว่า นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ว่าตนเองเหมาะสมที่จะได้รับไตจากผู้บริจาคกลุ่ม “marginal” deceased donor ด้วยหรือไม่ โดยขั้นตอนของกระบวนการประเมินผู้ป่วยได้สรุปไว้ในภาพประกอบที่ 1





ภาพประกอบที่ 1 กระบวนการประเมินและการเตรียมผู้ป่วยสำหรับเข้ารับการปลุกถ่ายไต
ที่มา : ตำราปลุกถ่ายอวัยวะ,สมาคมปลุกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย (2562)

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยควรได้รับ

ผู้ป่วยที่สมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไตทุกรายพร้อมทั้งครอบครัว ควรได้รับความรู้จากทีมปลูกถ่ายอวัยวะในรูปแบบของห้องเรียน ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ข้อดีและข้อเสียของการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้บริจาคที่เสียชีวิต รวมถึงความเหมาะสมของการเลือกผู้บริจาคที่มีชีวิตของผู้ป่วย
2. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของอัตราการรอดของไตที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (graft survival) โดยผู้ป่วยต้องทราบว่าไตที่ได้รับการปลูกถ่ายใหม่อาจจะไม่ได้อยู่กับคนไข้ไปตลอดชีวิต และผู้ป่วยมีโอกาสที่จะต้องกลับไปทำการบำบัดทดแทนไตได้อีก
3. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต ทั้งผู้รับ (recipient) และผู้บริจาคที่มีชีวิต
4. สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้าอยู่ในรายชื่อรอคอยการบริจาคอวัยวะ ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างอยู่ในรายชื่อผู้รอคอยการบริจาคอวัยวะ ได้แก่ การส่งเลือดเพื่อตรวจภูมิคุ้มกัน การดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีโดยการฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
5. หลักเกณฑ์การจัดสรรอวัยวะ (organ allocation) ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย
6. ความเสี่ยงของการผ่าตัดและการดมยาสลบ
7. ยากดภูมิคุ้มกันชนิดต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยอาจได้รับหลังการปลูกถ่ายไต และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดจนความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
8. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ ปฏิกริยาปฏิเสธไต (rejection) การติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งที่เกิดหลังการปลูกถ่ายไต เป็นต้น
9. ความเป็นไปได้ของการตั้งครรภ์หลังการปลูกถ่ายไต
10. ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

2.3 แนวทางการประเมินผู้รับบริจาคไตเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

เนื่องจากไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายจะเหมาะสมต่อการปลูกถ่ายไต ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรรับทราบความเสี่ยงของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจว่า สมควรที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตหรือไม่ โดยข้อห้ามสำหรับการปลูกถ่ายไตที่ยอมรับกันว่าเป็นข้อห้ามเด็ดขาด (absolute contraindication) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อห้ามอีกหลายข้อที่ถือเป็นข้อห้ามโดยอนุโลม (relative

contraindication) ซึ่งในแต่ละศูนย์ปลูกถ่ายไต อาจมีเกณฑ์การคัดเลือกที่แตกต่างกันโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 การเข้าถึงการเข้าปลูกถ่ายไต (Access to kidney transplantation)

1. แนะนำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสโดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate, eGFR) น้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73 รม. (โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 และ 5) ทุกราย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและควรได้รับการพิจารณาโดยแพทย์ว่า มีความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตหรือไม่โดยคำนึงจากการคาดหมายคงชีพ (life expectancy) ของผู้ป่วย ความคุ้มค่าของการใช้ไตปลูกถ่ายให้ได้ประโยชน์สูงสุดและแนะนำว่าควรเป็นการตัดสินใจ ร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team)

2. ผู้ป่วยดังต่อไปนี้ถือว่าไม่เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตและแนะนำให้บันทึกเหตุผล ที่ผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตนี้ลงในเวชระเบียนด้วย

2.1 ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช (psychiatric illness) รุนแรงหรือยังคงใช้สารเสพติด (substance abuse) ซึ่งทีมผู้ให้การรักษาพิจารณาแล้วว่าอาจมีผลต่อการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต

2.2 ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามการรักษา (nonadherence) แม้ได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสมซึ่งทีมผู้ให้การรักษาพิจารณาแล้วว่าอาจมีผลต่อการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต

2.3 ผู้ป่วยมะเร็งที่โรคมะเร็งยังไม่สงบ (active malignancy)

2.4 ผู้ป่วยที่กำลังมีการติดเชื้อในร่างกาย (active infection)

2.5 ผู้ป่วยที่มีโรคปอดขั้นรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (severe irreversible lung disease)

2.6 ผู้ป่วยที่มีโรคเสื่อมสภาพของระบบประสาท (neurodegenerative disease) ที่ยังมีการดำเนินของโรคอยู่

2.7 ผู้ป่วยที่มีโรคตามระบบ (systemic disease) ที่แพทย์พิจารณาว่าไม่เหมาะสม สำหรับการปลูกถ่ายไต

3. แนะนำให้ประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ยังไม่ได้รับการล้างไตทุกราย เพื่อทำ Pre - preemptive kidney transplantation ด้วยไตบริจาคจากผู้บริจาคมีชีวิต (living donor) ประมาณ 6 ถึง 12 เดือนก่อนที่คาดว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการล้างไต

4. แนะนำให้ทำ pre-emptive kidney transplantation ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังผู้ใหญ่ เมื่อ eGFR น้อยกว่า 10 มล./นาที/1.73 รม. และในผู้ป่วยเด็กเมื่อ eGFR น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 หรือทำเร็วกว่านั้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ หากผู้ป่วยมีอาการยูเรเมีย (uremia)

2.3.2 อายุของผู้เข้ารับการปลูกถ่ายไต (Age)

1. ไม่ควรใช้อายุของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวในการพิจารณาว่าผู้ป่วยเหมาะสมที่จะได้รับการปลูกถ่ายไตหรือไม่
2. แนะนำว่าหากจะทำการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี ควรต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงผลดีผลเสียรวมถึงโอกาสของการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีอื่นๆ และการรักษาแบบประคับประคองและควรทำการประเมินผู้ป่วยอย่างเข้มข้นโดยทีมสหวิชาชีพว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตหรือไม่

2.3.3 การสูบบุหรี่ (Smoking)

1. แนะนำให้ประเมินประวัติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการประเมินสำหรับการปลูกถ่ายไต
2. แนะนำว่าผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่ทั้งก่อนและหลังการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (smoking cessation program)
3. แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 เดือนก่อนเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2.3.4 ผู้ป่วยเด็ก (Pediatric issue)

1. แนะนำให้ทำการประเมินระบบประสาทด้านการรู้คิด (neurocognitive) ในผู้ป่วยเด็กทุกรายในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่อ่อนอายุ 5 ปี

2.3.5 การประเมินด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial assessment)

1. แนะนำให้ทำการประเมินด้านจิตใจและสังคมในผู้ป่วยทุกรายที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตรวมทั้งผู้ดูแลหลัก (major caregiver) ของผู้ป่วย (ถ้ามี) โดยทำการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการประเมินผู้ป่วยปลูกถ่ายไตเช่นจิตแพทย์นักจิตวิทยาพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
2. แนะนำให้ใช้เครื่องมือประเมิน (measurement tool) เพื่อช่วยในการประเมินผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้ผลการประเมินจากเครื่องมือประเมินเพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตหรือไม่
3. หากพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตวิทยาหรือยังคงใช้สารเสพติดหรือยังคงไม่ปฏิบัติตามการรักษา (nonadherence) แนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาหรือรับคำแนะนำตามความเหมาะสมเพื่อจัดการภาวะต่างๆ เหล่านี้ก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต
4. แนะนำว่าไม่ควรทำการปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังมีอาการไม่คงที่ หรือยังคงใช้สารเสพติดหากประเมินแล้วว่าอาการทางจิตเวชหรือการใช้สารเสพติดนั้นอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยหรืออาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายไต

2.3.6 การปฏิบัติตามการรักษา (Adherence)

1. แนะนำให้ทำการประเมินการปฏิบัติตามการรักษาและปัจจัยที่กีดขวางการปฏิบัติตามการรักษาในผู้ป่วยทุกรายที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไตเพื่อนำไปสู่การให้ความรู้การให้คำปรึกษาและการติดตามผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไตอย่างเหมาะสม
2. แนะนำให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ปฏิบัติตามการรักษาหรือมีปัจจัยที่กีดขวางการปฏิบัติตามการรักษาตั้งแต่ก่อนการปลูกถ่ายไต
3. แนะนำให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีประวัติสูญเสียไตปลูกถ่ายเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามการรักษาก่อนการปลูกถ่ายไตซ้ำ

2.3.7 คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes)

1. ผู้ป่วยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 สามารถรับการปลูกถ่ายไตได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ควรพิจารณาทำการปลูกถ่ายไตพร้อมกับการปลูกถ่ายตับอ่อน (simultaneous pancreas-kidney transplantation)

2.3.8 สาเหตุของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Cause of end stage kidney disease)

1. ควรหาสาเหตุของไตวายระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตเท่าที่สามารถทำได้เพื่อบอกความเสี่ยงของการเกิดซ้ำของโรคและการดูแลหลังการปลูกถ่ายไต
2. ควรให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการเกิดซ้ำของโรคที่เป็นสาเหตุของไตวายระยะสุดท้ายและโอกาสการสูญเสียไตหลังการปลูกถ่ายไต
3. **ไม่แนะนำให้ตัด**ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจากโรค primary focal segmental glomerulosclerosis (FSGS), membranous nephropathy, IgA nephropathy, IgA vasculitis, immune complex-mediated membranoproliferative glomerulonephritis, C3 glomerulopathy, lupus nephritis, antiphospholipid syndrome, ANCA-associated vasculitis, anti-GBM disease, hemolytic uremic syndrome (HUS), atypical HUS, fibrillary or immunotactoid glomerulonephritis, correctable hyperoxaluria, cystinosis, Fabry disease, sickle cell disease, sarcoidosis, Alport syndrome, systemic sclerosis หรือ AA amyloidosis ออกจากการรับการปลูกถ่ายไตถึงแม้จะมีโอกาสเกิดโรคซ้ำหลังการปลูกถ่ายไตแต่อย่างไรก็ตามควรแจ้งความเสี่ยงของการเกิดซ้ำของโรคและโอกาสการสูญเสียไตหลังการปลูกถ่ายไต
4. **แนะนำให้ตัด**ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจากโรค multiple myeloma, light chain deposition disease (LCDD), heavy chain deposition disease (HCDD), light and heavy chain deposition disease (LHCDD), หรือ AL amyloidosis ออกจากการรอรับการปลูกถ่ายไตจนกว่าจะได้รับการรักษาจนหายขาดเป็นระยะเวลาหนึ่ง

2.3.9 การประเมินโรคทางหัวใจ (Cardiac disease)

1. ผู้ป่วยที่เตรียมการปลูกถ่ายไตควรได้รับการตรวจประเมินดังต่อไปนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินภาวะโรคหัวใจด้วยการซักประวัติตรวจร่างกายและ electrocardiogram
 - 1.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด pulmonary hypertension หรือ dialysis นานกว่า 2 ปีควรได้รับการประเมินด้วย echocardiography
 - 1.3 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด coronary artery disease (CAD) หรือมี poor function capacity ควรได้รับการประเมินโดยแพทย์โรคหัวใจเพื่อพิจารณาการทำ non-invasive CAD screening
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะดังต่อไปนี้ได้แก่ มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะโรคหัวใจหรือมีประวัติโรคหัวใจ (active cardiac disease) เช่น angina, arrhythmia, heart failure, symptomatic valvular heart disease, severe valvular heart disease และมีค่า estimated pulmonary systolic pressure มากกว่า 45 มิลลิเมตรปรอทควรได้รับการประเมินและดูแลรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์โรคหัวใจก่อนเตรียมการปลูกถ่ายไต
3. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ CAD มาก่อนแนะนำดังนี้
 - 3.1 กรณีไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องได้รับการทำ revascularized ก่อนการปลูกถ่ายไต
 - 3.2 กรณียังได้รับยา aspirin, β -blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors หรือ angiotensin-receptor blockers (ACE-inhibitors/ARBs) หรือ statins เพื่อรักษาโรคหัวใจเดิมตามแนวทางการรักษาโรคหัวใจสามารถให้ยาต่อได้ในระหว่างรอรับไตและระหว่างการผ่าตัด
 - 3.3 กรณีที่ผู้ป่วยเพิ่งเกิด myocardial infarction ควรเลื่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตไปอย่างน้อย 1 เดือน
 - 3.4 ผู้ป่วย CAD ได้รับการรักษาโดยการใส่ coronary stent กรณีเป็นชนิด bare metal stent ควรเลื่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตไปอย่างน้อย 1 เดือนและสำหรับในกรณีเป็นชนิด drug eluting stent ควรเลื่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตไปอย่างน้อย 6 เดือน
4. ผู้ป่วยไตวายที่มีโรคหัวใจรุนแรงร่วมเช่น uncorrectable, symptomatic (New York Heart Association [NYHA] III/IV) heart disease including severe CAD, cardiac dysfunction (ejection fraction < 30%), severe valvular disease ที่พิจารณาจะทำการปลูกถ่ายไตควรได้รับการประเมินร่วมกับแพทย์โรคหัวใจเพื่อพิจารณาการทำ combined/simultaneous heart and kidney transplantation

5. ไม่ควรทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในผู้ป่วย systemic amyloidosis ที่มี cardiac amyloid ร่วมด้วย

2.3.10 การประเมินทางระบบประสาท (Neurologic disease)

1. กรณีมีโรคหลอดเลือดสมองแนะนำให้ควรทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
 - 1.1 หลังเกิด stroke ไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
 - 1.2 หลังเกิด transient ischemic attack (TIA) ไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
2. ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะ carotid artery disease ในผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายไตที่ไม่มีอาการ
3. ผู้ป่วย autosomal dominant polycystic kidney (ADPKD) ที่รอการปลูกถ่ายไต หากพบมีความเสี่ยงสูงเช่นผู้ป่วยเคยมีประวัติ aneurysms แตกมาก่อนอาชีพเสี่ยงเช่นนักบินนักดำน้ำ หรือผู้ป่วยมีความกังวลสูงมีประวัติครอบครัวมี aneurysms หรือประวัติครอบครัวมี subarachnoid hemorrhage ควรได้รับการตรวจหา intracranial aneurysms ก่อนการปลูกถ่ายไต
4. ผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายไตที่มีหรือสงสัยว่าจะมี cognitive impairment ควรได้รับการประเมิน mental status
5. ผู้ป่วยที่มีภาวะ non-progressive intellectual, developmental หรือ cognitive disability สามารถเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้
6. ไม่ควรทำการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่มีภาวะ progressive neurodegenerative disease ที่ประเมินแล้วว่าการปลูกถ่ายไตไม่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

2.3.11 การประเมินทางระบบเลือด (Hematological disorders)

1. ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะเลือดแข็งตัวง่าย (thrombophilia) ในผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตทุกราย พิจารณาส่งตรวจคัดกรองเฉพาะกรณีต่อไปนี้
 - 1.1 กรณี มี ประวัติ venous thromboembolism, arteriovenous access thrombosis หลายครั้ง, non-atherosclerotic arterial thrombosis หรือมีประวัติครอบครัวเกิด venous thromboembolism
 - 1.2 ผู้ป่วย systemic lupus erythematosus หรือมีลักษณะที่เข้าได้กับ antiphospholipid syndrome ควรได้รับการตรวจ antiphospholipid antibodies
2. กรณีที่ได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด
 - 2.1 ได้รับยาด้านเกร็ดเลือด 2 ชนิด (dual antiplatelet therapy) การพิจารณาหยุดยาขึ้นกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับจากการปลูกถ่ายไตโดยต้องเป็นการประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์ผ่าตัดและอายุรแพทย์โรคหัวใจโดยพิจารณาเป็นรายๆ กรณีที่การหยุดยาด้านเกร็ด

เลือดแล้วมีความเสี่ยงมากกว่าควรเลื่อนการปลูกถ่ายไตไปจนกว่าจะครบระยะเวลาที่ต้องรักษาด้วย dual antiplatelet

2.2 ควรหยุดยา P2Y12 inhibitor (เช่นยากลุ่ม clopidogrel) อย่างน้อย 5 วัน ก่อนทำ living donor transplantation

2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับ warfarin ไม่เป็นข้อห้ามการปลูกถ่ายไต

2.4 การปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่ได้รับ direct-acting oral anticoagulants (DOACs) ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาดังกล่าวช่วยประเมินและเตรียมผู้ป่วยและควรปลูกถ่ายในที่สามารถเข้าถึงยา Reversal agents ได้ง่าย

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดต่ำ (cytopenia) ควรได้รับการประเมินความรุนแรงและตรวจหาสาเหตุเพื่อประเมินความเหมาะสมของการปลูกถ่ายไต

4. ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมได้แก่ monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) หรือ smouldering multiple myeloma ไม่เป็นข้อห้ามการปลูกถ่ายไตแต่ต้องแจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าภายหลังการปลูกถ่ายไตมีความเสี่ยงของการกลายเป็น post-transplant lymphoproliferative disease (PTLD) ในผู้ป่วย MGUS และการกลายเป็น multiple myeloma ในผู้ป่วย smouldering multiple myeloma

5. ผู้ป่วยที่มีประวัติ acute leukemia หรือ high-grade lymphoma ควรเว้นจากการปลูกถ่ายจนกว่าจะรักษาให้โรคสงบและมี cancer free ระยะเวลาที่เหมาะสมและควรปรึกษาแพทย์โลหิตวิทยาและมะเร็งวิทยาร่วมด้วย

6. ผู้ป่วยที่เป็น myelodysplasias, chronic leukemia หรือ chronic/low-grade lymphoma หรือ เคยมีประวัติมะเร็งเม็ดเลือดที่รักษาหายแล้วก่อนการพิจารณาเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้แต่ต้องปรึกษาแพทย์โลหิตวิทยาร่วมตัดสินใจก่อน

2.3.12 การประเมินเกี่ยวกับภาวะ bone และ mineral metabolism

1. ควรได้รับการตรวจประเมิน serum parathyroid hormone (PTH) ทุกครั้งที่รอรับการปลูกถ่ายไต

2. ไม่จำเป็นต้องทำ bone mineral density (BMD) ก่อนการปลูกถ่ายไตในทุกราย

3. กรณีมีภาวะ hyperparathyroidism ที่รุนแรงควรได้รับการรักษาตามแนวทางของ Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD) guideline ก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตโดยในผู้ป่วยที่รักษาด้วย dialysis ควรมีระดับ PTH ที่เหมาะสมคือ 2-9 เท่าของ upper normal limit (ค่าปกติ 15-65 pg/mL)

2.3.13 การประเมินด้านศัลยกรรม และด้านทางเดินปัสสาวะ (Surgical and urological evaluation)

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรุนเกิน

- ไม่ถือว่าภาวะน้ำหนักรุนเกินเป็นข้อห้ามในการปลูกถ่ายไต
- แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กก./ม.² ลดน้ำหนักด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งก่อนการปลูกถ่ายไต
- แนะนำให้มีการติดตามภาวะน้ำหนักรุนเกินในผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตทุกราย โดยวิธีการวัดดัชนีมวลกายตลอดระยะเวลาที่รอรับการปลูกถ่ายไต

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาวะขาดสารอาหาร

- ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตทุกรายควรได้รับการประเมินสถานะทางโภชนาการ ขณะที่รอรับการปลูกถ่ายไต
- ไม่ถือว่าภาวะขาดสารอาหารเป็นข้อห้ามในการปลูกถ่ายไตและผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงภาวะทางโภชนาการให้อยู่ในระดับเหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะทางศัลยกรรม

- ผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตทุกรายควรได้รับการประเมินสถานะทางการแพทย์ที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้เช่นภาวะน้ำหนักรุนเกิน ภาวะขาดสารอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการผ่าตัดในช่องท้องเป็นต้น
- ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการชี้แจงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเช่นแผลหายช้า แผลติดเชื้อและไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัดเป็นต้น
- การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (anti-platelet) ยาป้องกันเลือดแข็งตัว(anticoagulation) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัวไม่ถือเป็นข้อห้ามในปลูกถ่ายไตและไม่ควรตัดผู้ป่วยออกจากการรอรับการปลูกถ่ายไตเนื่องจากการได้รับยาดังกล่าว
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (anti-platelet) ควรหยุดอย่างน้อย 5 วันก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตหรือระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตายถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัวชนิดรับประทาน DOACs อาจพิจารณาการเปลี่ยนไปใช้ยาป้องกันเลือดแข็งตัวชนิดอื่นเนื่องจากยังอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเข้าถึงและการใช้ยาต้านฤทธิ์ของยากลุ่มดังกล่าว

4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด

- โรคหลอดเลือดไม่ใช่ข้อห้ามของการปลูกถ่ายไต

- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเกี่ยวกับโรคของหลอดเลือดทั้งที่มีอาการหรือไม่มีอาการ, เคยได้รับการปลูกถ่ายไตมาก่อน, เคยได้รับการทำเส้นเลือดฟอกไตบริเวณขา, เคยได้รับการผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานหรือเคยมีประวัติหลอดเลือดดำอุดตันต้องได้รับการประเมินทางหลอดเลือดขณะรอรับการปลูกถ่ายไตทุกราย

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลติดเชื้อที่เกิดจากโรคหลอดเลือดควรเลื่อนการปลูกถ่ายไตออกไปก่อนจนกว่าการติดเชื้อจะหายดี หรือเป็นไปตามดุลยพินิจของศัลยแพทย์หลอดเลือด

5. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโรคทางเดินปัสสาวะ

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease) ควรได้รับการตรวจประเมินขนาดของไตทุกรายโดยศัลยแพทย์ปลูกถ่ายอวัยวะหรือศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงน้ำในไตที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำหรือไม่มีเนื้อที่เพียงพอสำหรับการปลูกถ่ายไตหรือสงสัยโรคมะเร็งของไตต้องได้รับการผ่าตัดไตเดิมออกก่อนหรือพร้อมกับการปลูกถ่ายไต

- ผู้ป่วยที่มีประวัติมีความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะมาแต่กำเนิด, มีนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ เคยได้รับการผ่าตัดทางระบบทางเดินปัสสาวะ, มะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะ, มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเรื้อรังหรือมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการปัสสาวะ ต้องได้รับการตรวจประเมินโดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะทุกราย

2.3.14 การประเมินผู้ป่วยด้านโรคติดเชื้อและการให้วัคซีน

เพื่อตรวจและคัดกรองโรคติดเชื้อในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก่อนการปลูกถ่ายไตเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาตลอดจนให้วัคซีนแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1. ภาวะติดเชื้อก่อนการปลูกถ่ายไต

- ควรเลื่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตออกไปจนกว่าภาวะติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาหรือควบคุมได้

2. การมีเชื้อ colonization ในผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไต

- การมีเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราในผู้ป่วยในลักษณะไม่เกิดอาการ (colonization) ไม่ถือเป็นข้อห้ามของการปลูกถ่ายไต

3. การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

- แนะนำให้รักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะก่อนการปลูกถ่ายไต

- ไม่มีความจำเป็นต้องทำ nephrectomy ในผู้ป่วยทุกรายที่มี recurrent pyelonephritis หรือมีการติดเชื้อของถุงน้ำในไต (cyst infection)

4. การติดเชื้อวัณโรค

- ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อวัณโรคควรได้รับการรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนการปลูกถ่ายไต
- ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รอการปลูกถ่ายไตทุกรายควรได้รับการประเมินด้วยการตรวจภาพรังสีของปอดเพื่อคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคปอด
- เนื่องจากยังไม่พบการมีประโยชน์ที่ชัดเจนของการรักษา latent tuberculosis ในประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูงเช่นประเทศไทยจึงแนะนำให้แต่ละสถาบันใช้แนวทางของตนเองในการคัดกรองเช่นการตรวจ tuberculin skin test (TST) หรือ interferon-gamma release assay (IGRA) ตลอดจนการให้ isoniazid ในผู้ป่วยทุกราย

5. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน

- แนะนำให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันก่อนทำการปลูกถ่ายไต

6. การตรวจคัดกรองภาวะติดเชื้อ HIV

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จะได้รับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะติดเชื้อ HIV ด้วยการตรวจทาง serology (anti-HIV)
- สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะติดเชื้อ HIV สามารถรับการปลูกถ่ายไตได้หากได้รับการรักษาและควบคุมเชื้อ HIV ได้ได้แก่ผู้ป่วยที่ CD4 > 200 cells/ μ L อย่างน้อย 3 เดือน, ตรวจไม่พบไวรัส HIV ในเลือด, ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและมีการรับประทานยาต้าน HIV อย่างสม่ำเสมอ

7. การตรวจคัดกรองและรักษาไวรัสตับอักเสบชนิดซี (Hepatitis C virus)

- ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่จะได้รับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตทุกคนควรได้รับการคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีก่อนรับการปลูกถ่ายไตโดยใช้วิธีการตรวจภูมิคุ้มกัน (anti-HCV) หากได้ผลบวกให้ตรวจ nucleic acid ต่อไป
- การติดเชื้อ hepatitis C ไม่ถือเป็นข้อห้ามของการปลูกถ่ายไต
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตและติดเชื้อ hepatitis C ควรได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคตับรวมถึงความดันเลือดในตับ (portal hypertension) ก่อนรับการปลูกถ่ายไต
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ hepatitis C และมีภาวะตับแข็งระยะสุดท้าย (decompensated cirrhosis) ให้พิจารณาเข้ารับการปลูกถ่ายตับและไตพร้อมกันโดยสามารถเลื่อนการรักษา hepatitis C ไปช่วงหลังการปลูกถ่ายอวัยวะได้
- การรักษา hepatitis C ด้วยยาต้านไวรัสแบบ direct-acting antiviral (DAA) สามารถทำได้ทั้งก่อนหรือหลังการปลูกถ่ายไตโดยพิจารณาจากสถานะของผู้บริจาค, ความเร่งด่วนใน

การปลูกถ่ายอวัยวะ, ชนิดของ hepatitis C virus รวมถึงนโยบายและความเชี่ยวชาญของแต่ละศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ

- กรณีที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อ hepatitis C ได้รับความเสียหายจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ hepatitis C เช่นกันให้พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบ DAA หลังการปลูกถ่ายไต

8. การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบชนิดบี (Hepatitis B virus)

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จะได้รับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตทุกรายควรได้รับการคัดกรองการติดเชื้อ hepatitis B virus ด้วย HBsAg, anti-HBs และ anti-HBc ในกรณีที่มี HBsAg หรือ anti-HBc เป็นบวกพิจารณาส่งตรวจHBV DNA เพิ่มเติม

- เนื่องจากความชุกของไวรัสตับอักเสบดี (hepatitis D virus) อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำจึงยังไม่แนะนำให้คัดกรองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พบมี HBsAg และ anti-HBc เป็นบวก

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการประเมินเพื่อปลูกถ่ายไตและมี HBsAg และ/หรือ HBV DNA เป็นบวกและมีภาวะตับแข็งในระยะเริ่มต้น (compensated cirrhosis) สามารถรับการปลูกถ่ายไตเพียงอวัยวะเดียวได้

- พิจารณาให้ hepatitis B vaccine แก่ผู้ป่วยที่มีผล anti-HBs เป็นลบ

9. การตรวจคัดกรองไวรัสซีเอ็มวี [Cytomegalovirus (CMV)]

- แนะนำตรวจCMV IgG ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตทุกราย

10. การตรวจคัดกรองไวรัสเอ็บสไตน์บาร์ [Epstein-Barr virus (EBV)]

- แนะนำตรวจคัดกรองด้วย EBV antivirus capsid antigen (VCA) IgG และ/ หรือ EBV nuclear antigen (EBNA) IgG ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตทุกราย

11. การตรวจคัดกรองไวรัสเริม [Herpes simplex virus (HSV)]

- แนะนำการตรวจคัดกรองด้วย HSV IgG ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตทุกราย

12. การตรวจคัดกรองไวรัสแวนิเซลลา [Varicella-zoster virus (VZV)]

- แนะนำตรวจคัดกรองด้วย VZV IgG ในการประเมินผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตทุกราย

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีผล VZV IgG เป็นลบแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีน varicella virus โดยต้องเว้นระยะเวลาหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนทำการปลูกถ่ายไต

13. การตรวจคัดกรองเชื้อหัดคางทูมและหัดเยอรมัน [Measles, mumps, and rubella (MMR)]

- แนะนำตรวจคัดกรองโดยการตรวจหา IgG ต่อ measles, mumps และ rubella

- ในกรณีที่ไม่มีภูมิต้านทานแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีน MMR โดยต้องเว้นระยะเวลาหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนทำการปลูกถ่ายไต

14. การตรวจคัดกรองไวรัสบีเค (BK virus)

- ไม่แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหาเชื้อ BK virus ก่อนการปลูกถ่ายไต

- ผู้ป่วยที่สูญเสียไตที่ปลูกถ่ายจาก BK virus associated nephropathy (BKVAN) สามารถทำการปลูกถ่ายไตได้อีกโดยก่อนการปลูกถ่ายไตควรให้ผลการตรวจBK virus ในเลือดและในปัสสาวะไม่พบเชื้อโดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัดนำไตเก่าที่เสียด้วยสาเหตุ BKVAN ออกยกเว้นในกรณีต้องการทำpreemptive kidney transplantation ในขณะที่ยังตรวจพบเชื้อไวรัสได้จากเลือดหรือปัสสาวะอาจพิจารณาทำ allograft nephrectomy

15. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis)

- แนะนำตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Treponema pallidum)

- ในกรณีที่พบว่ามี การติดเชื้อแนะนำให้ทำการรักษาก่อนการปลูกถ่ายไต

16. การตรวจคัดกรองสตรองจีลอยด์ (Strongyloides)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมาจากหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งพบว่าการติดเชื้อชนิดนี้เป็นโรคท้องถิ่น (รวมถึงประเทศไทย) แนะนำตรวจคัดกรองหาเชื้อโดยอาจจะพิจารณาทำการตรวจIgG แต่ในกรณีที่ตรวจไม่ได้ อาจจะพิจารณาทำการตรวจหาเชื้อจากอุจจาระ (ซึ่งความไวของการตรวจหาเชื้อน้อยกว่าการตรวจIgG)

17. การตรวจคัดกรองมาลาเรีย (Malaria)

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมาจากหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งพบว่าการติดเชื้อชนิดนี้เป็นโรคท้องถิ่น (รวมถึงชายแดนของประเทศไทย) แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองหาเชื้อ

- ในกรณีที่พบว่ามี การติดเชื้อแนะนำให้ทำการรักษาก่อนการปลูกถ่ายไต

18. วัคซีน

- ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับวัคซีนตามคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคไตวัคซีนชนิด inactivated vaccine สามารถให้ตามคำแนะนำในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการปลูกถ่ายไตโดยยังได้รับวัคซีนไม่ครบนั้นไม่ถือเป็นข้อห้ามสำหรับการปลูกถ่ายไต

วัคซีนชนิด live attenuated vaccine ผู้ป่วยจะต้องได้รับวัคซีนนั้นๆ ครบและจะต้องเว้น

ระยะเวลาหลังได้รับวัคซีนอย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนทำการปลูกถ่ายไต

ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดม้าม (splenectomy) หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการตัดม้ามตลอดจนผู้ป่วยที่จะได้รับยา rituximab ควรได้รับ pneumococcal, hemophilus และ meningococcal vaccine ก่อนการปลูกถ่ายไต

ผู้ป่วยที่จะได้รับยา complement inhibitor ควรได้รับ meningococcal vaccine ก่อนการปลูกถ่ายไต

19. การตรวจคัดกรองโรคและการให้วัคซีนอื่นๆให้พิจารณาตามความเสี่ยง, ความชุกของโรค, สภาพแวดล้อม, การใช้ชีวิตและการเดินทางตามความเหมาะสม

2.3.15 มะเร็งหรือเนื้อร้าย (Malignancy)

1. แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งหรือเนื้อร้ายตามแนวทางข้อแนะนำของแต่ละระบบ

- a. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- b. ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป
- c. ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่เคยมีประวัติมีเพศสัมพันธ์แล้วหรือมีอายุตั้งแต่ 21 ถึง 30 ปีตามความเหมาะสม
- d. ตรวจคัดกรองมะเร็งปอดโดยทำ chest imaging ในผู้ป่วยทุกรายที่จะรับการปลูกถ่ายไตซึ่งอาจพิจารณาการตรวจอย่างละเอียดในผู้ป่วยที่มีประวัติเสี่ยงเช่นสูบบุหรี่ตั้งแต่ 30 pack-years ขึ้นไป
- e. ตรวจคัดกรองมะเร็งตับควรทำในผู้ป่วยที่มีประวัติ cirrhosis
- f. ตรวจคัดกรอง renal cell carcinoma โดยการนำ ultrasonography ในผู้ที่มีประวัติ dialysis ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป, มีประวัติเป็น acquired cystic disease, มีประวัติเป็น analgesic nephropathy หรือมีประวัติครอบครัวเป็น renal cell carcinoma
- g. ตรวจคัดกรอง bladder carcinoma ในผู้ที่มีความเสี่ยงเช่นมีประวัติได้รับยา cyclophosphamide ในขนาดสูง, มีประวัติสูบบุหรี่ตั้งแต่ 30 pack-years ขึ้นไป

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง

- a. ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งอยู่ (active malignancy) ควรได้รับการคัดออกจากการเข้ารับการปลูกถ่ายไต
- b. ระยะในการพักเพื่อรอการปลูกถ่ายไตภายหลังการรักษามะเร็งจนหายขาดสมบูรณ์แล้วขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของมะเร็ง
- c. มะเร็งที่รักษาหายสมบูรณ์แล้วสามารถปลูกถ่ายไตได้ทันทีโดยไม่ต้องพักรอหลังการรักษาหายได้แก่
 1. มะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma หรือ squamous cell carcinoma (ที่ไม่ใช่ระยะกระจาย)
 2. In situ melanoma
 3. Renal cell carcinoma ขนาดเล็กกว่า 3 ซม.

4. Prostate cancer ที่มี Gleason score ≤ 6
 5. Carcinoma in situ ชนิดต่างๆ (เช่น ductal carcinoma in situ, cervical carcinoma)
 6. Thyroid cancer ชนิด follicular / papillary ที่ขนาดเล็กกว่า 2 ซม. (ที่เป็น low grade จากการตรวจชิ้นเนื้อ)
 7. Superficial bladder cancer
- c. การตัดสินใจปลูกถ่ายไตในกรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นมะเร็งมาก่อนควรกระทำร่วมกันโดยอาศัยการตัดสินใจจากทั้ง oncologist, transplant nephrologist และผู้ป่วย

3. มะเร็งทางโลหิตวิทยา (hematologic malignancy)

- a. ควรเลี่ยงการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วย acute leukemia, high-grade lymphoma รวมทั้ง post-transplant lymphoproliferative disorder กว่าที่จะได้รับการรักษาจนหายแล้วและไม่มีการกลับเป็นซ้ำในระยะหนึ่งโดยจะต้องมีการปรึกษา hematologist/oncologist
- b. ผู้ป่วย myelodysplasia, chronic leukemia, low-grade lymphoma ควรได้รับการตัดสินใจร่วมกันกับ hematologist ในการพิจารณาการปลูกถ่ายไต
- c. การตัดสินใจปลูกถ่ายไตในกรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นมะเร็งทางโลหิตวิทยามาก่อนและหายแล้วควรกระทำร่วมกันโดยอาศัยการตัดสินใจจากทั้ง hematologist, transplant nephrologist และผู้ป่วย

2.3.16 โรคทางเดินอาหาร (Gastrointestinal and liver diseases)

1. ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและตับในผู้ป่วยทุกราย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการหรือมีประวัติของ peptic ulcer disease, pancreatitis, cholelithiasis, inflammatory bowel diseases ควรได้รับการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทางเดินอาหาร

3. โรคตับ

- a. ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจ liver function test, PT, INR ในการประเมินเพื่อการปลูกถ่ายไต
- b. ผู้ป่วย acute hepatitis ควรได้รับการรักษาจนหายและมีแนวทางในการดูแลด้านโรคตับในระยะยาวที่ชัดเจนก่อนการปลูกถ่ายไต
- c. แนะนำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง (cirrhosis) ได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทางเดินอาหารหรือโรคตับทุกราย
- d. แนะนำให้ตรวจคัดกรองหา hepatocellular carcinoma ในผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะตับแข็งก่อนการปลูกถ่ายไต

2.3.17 โรคปอด (Pulmonary disease)

1. ประเมินผู้ป่วยที่มีโรคปอดเพื่อปลูกถ่ายไตร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมโรคปอด (pulmonary specialist)
2. ผู้ป่วยทุกรายที่เตรียมปลูกถ่ายไตควรได้รับการทำภาพรังสีทรวงอก (chest imaging)
3. ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำปรึกษาเพื่อหยุดและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือยาสูบตั้งแต่มก่อนเข้าสู่การปลูกถ่ายไต
4. ไม่แนะนำการปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วย obstructive หรือ restrictive lung disease ชนิดรุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้

2.3.18 การประเมินภูมิคุ้มกัน (Immunological assessment)

1. ตรวจหา human leukocyte antigen (HLA) ด้วยวิธีทดสอบทางดีเอ็นเอและรายงานชนิดของHLA ในทุกตำแหน่ง
2. ตรวจภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อ (HLA antibody) ด้วยวิธี solid phase assay
3. ไม่แนะนำให้ตรวจภูมิคุ้มกันต่อต้านแอนติเจนที่ไม่ใช่ HLA (non-HLA antibody) และไม่แนะนำให้ตรวจHLA antibody โดยอาศัยการประเมินการจับกับคอมพลีเมนต์ (complement-binding HLA antibody) อย่างเป็นทางการ
4. กรณีตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อต้านจำเพาะต่อผู้บริจาคไต (donor specific antibody) พิจารณาการรักษาด้วยวิธี desensitization ก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไตแบบ living-donor kidney transplantation โดยไม่แนะนำให้ทำdesensitization สำหรับ deceased- donor kidney transplantation แต่ให้พิจารณาการ allocation ไตให้กับผู้ที่ไม่ใช่ donor specific antibody เป็นหลัก
5. ในกรณีปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคมีชีวิตแนะนำให้ตรวจภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อ (HLA antibody) และความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (crossmatch) ไม่เกิน3 เดือนก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
6. ในกรณีรอไตจากผู้บริจาคสมองตายแนะนำให้ตรวจภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อ (HLA antibody) ตั้งแต่แรกประเมินหลังจากนั้นอย่างน้อยทุก 1 ปีขณะรออวัยวะ
7. เผื่อระวังโอกาสเกิดภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อ (HLA antibody) เพิ่มในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตได้แก่การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดการตั้งครรภ์การแท้งบุตรการหยุดยากดภูมิในกรณีที่ผู้ป่วยได้อยู่เดิมและการตัดไตเดิมที่เคยปลูกถ่ายออกในกรณีปลูกถ่ายไตซ้ำ
8. ในกรณีมีโอกาสเกิดภูมิคุ้มกันต่อต้านเนื้อเยื่อ (HLA antibody) ดังกล่าวข้างต้นขึ้นแนะนำให้ตรวจ HLA antibody ซ้ำไม่เร็วกว่า 2 สัปดาห์จนถึง 2 เดือน

อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่รอรับการเปลี่ยนไต เนื่องจากมีอุปสรรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันซึ่งราคาค่อนข้างสูงและ

ปัญหาการขาดแคลนอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนปลูกถ่ายไตแบ่งเป็น 4 ข้อดังนี้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2556: 39-45)

1. เตรียมร่างกาย

- 1.1 ล้างไตอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- 1.2 พบอายุรแพทย์โรคไตที่ดูแลท่านตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
- 1.3 งดอาหารเค็มและรักษาระดับความดันโลหิตให้ปกติ
- 1.4 ฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดอย่างสม่ำเสมอ
- 1.5 หลีกเลี่ยงการรับเลือด (ยกเว้นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน) เนื่องจากการได้รับเลือดบ่อยๆ จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิต่อต้านเนื้อเยื่อของผู้อื่น ซึ่งทำให้โอกาสที่จะได้รับไตบริจาค น้อยลงหรืออาจเกิดการปฏิเสธไตที่ได้รับการปลูกถ่ายได้สูงขึ้น
- 1.6 รักษาระดับน้ำตาล ไขมัน และเกลือแร่ต่างๆ ในเลือดให้ปกติ
- 1.7 ดูแลสุขภาพอนามัย รักษาความสะอาดของร่างกาย ช่องปากและฟัน
- 1.8 พบทีมแพทย์ปลูกถ่ายอวัยวะของโรงพยาบาลที่ท่านมีความประสงค์จะทำการเปลี่ยนไตเพื่อตรวจประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ ดังนี้
 - 1.8.1 ตรวจร่างกายโดยละเอียดทุกระบบโดยอายุรแพทย์โรคไต เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงร่วมด้วยอาจไม่เหมาะสมที่จะผ่าตัดเปลี่ยนไต เช่น โรคมาเรียมะเร็งระยะลุกลาม โรคหัวใจหรือโรคปอดชนิดรุนแรง โรคติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่น วัณโรคปอด เป็นต้น
 - 1.8.2 ตรวจเลือดเพื่อหาหมู่เลือด ความเข้มข้นของเลือด ระดับน้ำตาล ไขมัน การทำงานของตับและเชื้อไวรัสต่าง ๆ ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี/ซี/เอดส์ เป็นต้น
 - 1.8.3 ตรวจภาพรังสีทรวงอก และคลื่นหัวใจ
 - 1.8.4 ตรวจอัลตราซาวด์ไต เพื่อดูว่ามีนิ่วหรือเนื้องอกผิดปกติที่ไตหรือไม่
 - 1.8.5 ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน หรือมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการตรวจโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับการตรวจอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อประเมินความพร้อมของหัวใจก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
 - 1.8.6 ผู้ป่วยหญิงที่อายุมากกว่า 35 ปีสูตินรีแพทย์จะตรวจภายในมะเร็งปากมดลูก และตรวจแมมโมแกรมเพื่อเช็คมะเร็งเต้านม
 - 1.8.7 ผู้ป่วยชายที่อายุมากกว่า 45 ปีแพทย์จะตรวจเลือดเพื่อตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก
 - 1.8.8 ในกรณีที่ตรวจ พบว่า มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยอายุรแพทย์โรคตับเพื่อประเมินความเหมาะสมว่าสามารถเปลี่ยนไตได้

1.8.9 ส่งเลือดตรวจเนื้อเยื่อ โดยตรวจทั้งผู้ให้ และผู้รับว่าเนื้อเยื่อเข้ากันหรือไม่ ในกรณีที่มีญาติพี่น้องบริจาคไต ส่วนผู้ป่วยที่รอรับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต จะต้องส่งเลือดไปยังศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ทุก 1 เดือน โดยให้ส่งเลือดที่โรงพยาบาลซึ่งสมัครเปลี่ยนไตเอาไว้

2. เตรียมไตในกรณีผู้ป่วยมีญาติที่มีความประสงค์จะบริจาคไตให้สามารถแจ้งความประสงค์กับอายุรแพทย์โรคไตเจ้าของไข้เพื่อทำการตรวจและให้คำแนะนำได้ซึ่งโดยทั่วไปการได้รับไตบริจาคจากญาติจะดีกว่าไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต เนื่องจากเนื้อเยื่อเหมือนกันมากกว่า ช่วงเวลาที่ไตขาดเลือดก่อนนำมาปลูกถ่ายค่อนข้างสั้น หลังผ่าตัดไตมักจะทำงานทันทีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อยกว่าและไตสามารถทำงานต่อไปได้ยาวนานกว่าเป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ไม่มีญาติบริจาคไต สามารถสมัครขอรับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต ซึ่งทำการจัดสรรโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย โดยพิจารณาตามกฎเกณฑ์อย่างโปร่งใสจากปัจจัยต่างๆ เช่นความเหมือนกันของเนื้อเยื่อ อายุระยะเวลาการล้างไต เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถสมัครเพื่อรับไตบริจาคได้ที่โรงพยาบาลที่ท่านมีความประสงค์ที่จะทำการเปลี่ยนไตเพียงแห่งใดแห่งหนึ่งท่านนั้นโดยรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดจากทุกโรงพยาบาลจะส่งให้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยสำหรับผู้ที่สามารถบริจาคไตได้โดยถูกต้องตามกฎหมายจะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของสภากาชาดไทย ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่สามารถบริจาคไตได้ดังนี้

1. บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือมารดาเดียวกัน
 2. บุตรที่อายุมากกว่า 18 ปี บริบูรณ์
 3. ญาติสายตรง (ลุง ป้า น้าอา หลาน)
 4. สามี/ภรรยา ที่จดทะเบียนสมรสกันมากกว่า 3 ปีหรือมีบุตรด้วยกันอย่างน้อย 1 คนคุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต
 5. มีความตั้งใจจริงที่จะบริจาคไต โดยความสมัครใจไม่ถูกบังคับหรือได้รับอำมริสินจ้าง ไม่ว่าจะ เป็นทรัพย์สินหรือผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
 6. ในกรณีสมรสแล้ว จะต้องได้รับความยินยอมจากคู่สมรสที่จดทะเบียน
 7. ผู้ที่บริจาคไตจะต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียดจากอายุรแพทย์โรคไต เช่นเดียวกันโดยแพทย์จะตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ปัสสาวะ และเอกซเรย์เพื่อเช็คว่าผู้ให้มีสุขภาพของไตปกติสมบูรณ์ไม่เป็นโรคไตหรือโรคที่อาจเกิดแทรกซ้อนทางไต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น
 8. ไม่มีภาวะโรคติดเชื้อซึ่งอาจถ่ายทอดสู่ผู้รับไต เช่น ไวรัสตับอักเสบบี เอชไอ เป็นต้น
 9. หมู่เลือดและเนื้อเยื่อเข้ากันได้
3. เตรียมใจ
- 3.1 ทำจิตใจให้แจ่มใส ปรับชีวิตให้ยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่

3.2 มีสุขภาพจิตที่ดีอย่าเครียด ระหว่างรอเปลี่ยนไต

3.3 ยอมรับความปรารถนาดีจากญาติที่บริจาคไตให้

3.4 ทำความดีทำบุญกุศล

4. เตรียมค่าใช้จ่ายค่าใช้จ่ายในการเปลี่ยนไตช่วงแรก ประกอบด้วย ค่าผ่าตัด ค่ายา กดภูมิคุ้มกันซึ่งใช้ขนาดสูง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ระหว่างอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งค่าใช้จ่ายในช่วงนี้ประมาณ 2 – 3 แสนบาท จากนั้นจะเป็นค่ารักษาระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันไปตลอดชีวิต แต่ในขนาดยาที่น้อยลงเรื่อย ๆ ขึ้นกับชนิดและขนาดของยาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) ประกันสังคม ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ สามารถเบิกค่ารักษาในการเปลี่ยนไตได้ตามที่แต่ละกองทุนกำหนด ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนเปลี่ยนไต ช่วงผ่าตัด และค่ารักษาต่อเนื่องระยะยาว

สรุปการเตรียมตัวให้พร้อมในทุกด้านสำหรับการเปลี่ยนไตนั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รอไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต ซึ่งไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน การเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่พลาดโอกาสทองที่จะได้รับการเปลี่ยนไต การเตรียมตัวทั้งกายใจและค่าใช้จ่ายหรือสิทธิในการเบิกค่ารักษาให้พร้อมจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไตมีสุขภาพกาย สุขภาพใจ ที่แข็งแรง ได้เริ่มต้นชีวิตใหม่กับไตใหม่อย่างมีความสุข

2.3.5 ภาวะแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายไต

นอกจากปัญหา Allograft rejection ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อ graft survival แล้วผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอาจมีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นอีก เช่น โรคของไตเดิมที่อาจเกิดซ้ำในไตใหม่ (recurrent renal disease) โรคไตที่เกิดขึ้นใหม่ (De novo glomerulopathy) และที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิด rejection ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดปัญหาโรคติดเชื้อ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกายตามมา ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อ graft และ patient survival rate ได้จากการศึกษา พบว่าสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเกิน 1 ปีไปแล้วคือ ปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อ และมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งจะมีอุบัติการณ์สูงกว่าในประชากรทั่วไปมาก ทั้งนี้เป็นผลจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันนั่นเอง ซึ่งปัญหาที่พบมี ดังนี้ (Bia et al., 2010; Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009; National Kidney Foundation, 2015: 196-205; อุษณา สุวีระ และคณะ, 2538)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Complication) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งในกลุ่มที่รักษาโดยวิธี chronic dialysis และ กลุ่มที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า อุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเส้นโลหิตในสมองแตก หรืออุดตันในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตจะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปลูกถ่ายไต 2- 5 เท่า และจากข้อมูลล่าสุดใน

ต่างประเทศ พบว่า หลังปลูกถ่ายไต 1 ปี ไปแล้วโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นสาเหตุการตายเกือบครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทย การติดเชื้อยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญหลังการปลูกถ่ายไตในช่วงแรกคาดว่าในอนาคตเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มีชีวิตยืนยาวขึ้นคงจะพบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน และในกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุมากขึ้น ซึ่งน่าจะมีผลทำให้พบอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การใช้ยากดภูมิคุ้มกันกลุ่ม Steroid และ Cyclosporine พบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจจะขึ้นอยู่กับปริมาณสะสมของยากกลุ่มนี้ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดซึ่งย่อมจะแปรผันตามอัตราการเกิด rejection หรือความไม่ใกล้เคียงกันของเนื้อเยื่อระหว่าง Donor และ Recipient (HLA incompatibility) ด้วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคของหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแล้วหรืออาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ เป็นต้น การผ่าตัดปลูกถ่ายไตอาจเป็นตัวเร่งให้เกิด atherosclerosis ในผู้ป่วยเหล่านี้เร็วยิ่งขึ้น

2. ความดันโลหิตสูงหลังปลูกถ่ายไต (Posttransplant Hypertension) ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยมากหลังการปลูกถ่ายไต บางรายงานพบสูงถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตระยะแรก แต่จะพบน้อยลงในระยะหลังความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด atherosclerosis ซึ่งจะมีผลต่อทั้งอัตราการอยู่รอดของไตใหม่และอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยสาเหตุของความดันโลหิตสูงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยในตัวผู้ป่วย (recipient) เอง เช่นภาวะ essential hypertension, ภาวะแคลเซียม ในเลือดสูง โรคของไตเก่า (native kidney disease) ที่มีอยู่ก่อนแล้วหรืออาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกิดในไตใหม่ (renal allograft) เช่น ภาวะ rejection, โรคที่เกิดในไตใหม่ (recurrent or Denovo glomerulonephritis), การตีบของเส้นเลือดแดงที่เลี้ยงไตที่ปลูกใหม่ (Transplant renal artery stenosis) หรืออาจเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยากกลุ่ม steroid และ cyclosporine นอกจากนี้ไตที่นำมาปลูกถ่ายอาจมีความผิดปกติซึ่งทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงใน donor ได้อยู่แล้ว สาเหตุของความดันโลหิตสูงที่สำคัญและพบบ่อยคือภาวะ rejection, โรคของไตเก่า การได้รับยา steroid และ cyclosporine และเส้นเลือดแดงของไตใหม่ตีบ

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ภาวะไขมันในเลือดสูงจะพบมากขึ้นหลังจากการปลูกถ่ายไต โดยจะพบประมาณร้อยละ 50 – 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นชนิด IIa และ IIb ระดับ cholesterol จะสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนผ่าตัด ส่วนระดับ triglyceride อาจลดลงหลังผ่าตัด ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการปลูกถ่ายไตสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไขมันในเลือดสูง ได้แก่ อายุมาก โรคเบาหวาน และภาวะ proteinuria, ภาวะไตเสื่อมสมรรถภาพ การใช้ยาขับปัสสาวะและยากกลุ่ม

B-blockers ปัจจัยที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือ ยาที่ใช้กดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ steroid และ cyclosporine จะทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้นซึ่งจะเป็นแบบ dose-dependent ดังนั้นจะพบภาวะไขมันในเลือดสูงได้บ่อยในช่วง 6 เดือนแรกหลังการปลูกถ่ายไต หลังจากนั้นเมื่อลดระดับยากกดภูมิคุ้มกันลงหรือหยุดการใช้ยาดังกล่าวระดับไขมันในเลือดจะค่อยๆ ลดลง

4. ภาวะเบาหวาน (Diabetes mellitus) หลังการปลูกถ่ายไตจะพบภาวะนี้เกิดขึ้นได้แม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติของโรคนี้มาก่อน พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 4 – 20 ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละรายงาน สาเหตุเป็นผลจากยากกดภูมิคุ้มกันที่ใช้ หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต steroid จะทำให้เกิดภาวะ insulin resistance โดยจะขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ระยะหลังจึงมีการพยายามใช้ยาในขนาดที่ต่ำลง และให้แบบวันเว้นวันและถ้าเป็นไปได้อาจหยุดยาไปเลยเพื่อที่จะลดผลข้างเคียงระยะยาวของ steroid แต่ก็มียารายงาน พบว่า การหยุดยา steroid จะทำให้มี rejection มากขึ้น จึงต้องพิจารณาถึงอัตราเสี่ยงเทียบกับประโยชน์ที่ได้ให้รอบคอบ และควรใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงน้อย cyclosporine จะมีผลต่อ beta cell ของตับอ่อน ทำให้ลดการสร้าง และการหลั่ง insulin เป็นผลทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้น เชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับการจับกับ calmodulin ในเซลล์ มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 16 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 56 จะพบภายใน 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด

5. เนื้องอกที่เกิดหลังการปลูกถ่ายไต (Transplant-associated malignancy) หลังการปลูกถ่ายไตจะพบอัตราการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งของอวัยวะต่างๆ สูงกว่าในประชากรทั่วไปโดยจะพบอัตราการเกิดเนื้องอกเฉลี่ยประมาณร้อยละ 4 (1-16%) แต่ถ้าแยกตามระยะเวลาที่เกิดจะพบดังนี้ที่ 1 ปีหลังปลูกถ่ายไตพบ ร้อยละ 3, ที่ 5 ปีพบร้อยละ 14, ที่ 14 ปีพบ ร้อยละ 49 คาดว่าที่ 20 ปีหลังปลูกถ่ายไตอาจพบมะเร็งบางชนิดได้สูงถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ การใช้ยากกดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกัน rejection มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดมะเร็งดังกล่าว พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่พบมะเร็งหลังการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่ใช้ azathioprine และ prednisolone เป็นยากกดภูมิคุ้มกันจะเท่ากับ 64 เดือน ส่วนในผู้ป่วยที่ใช้ cyclosporine จะพบได้เร็วกว่า คือเฉลี่ยประมาณ 25 เดือนหลังปลูกถ่ายไต ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่ให้ azathioprine คือ มะเร็งผิวหนัง (40%) รองลงมา คือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) (12%) ส่วนในกลุ่มที่ได้ cyclosporine จะพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองมากที่สุด (30%) และจะพบ Kaposi's sarcoma ได้บ่อยกว่าในกลุ่มที่ได้ azathioprine (11% ต่อ 3%) เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดของมะเร็งชนิดต่างๆ ในประชากรทั่วไปแล้ว จะพบว่า Kaposi's sarcoma มีอัตราการเกิดหลังปลูกถ่ายไตเพิ่มขึ้นมากที่สุดโดยมีอัตราเสี่ยงถึง 500 เท่าของประชากรทั่วไป รองลงมาได้แก่มะเร็งของปากช่องคลอดและทวารหนัก (vulva/anus) ส่วนมะเร็งที่พบมากในประชากรทั่ว ๆ ไป เช่นมะเร็งของปอด ต่อมลูกหมาก ลำไส้เต้านม กลับไม่พบเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งสาเหตุของการเกิดมะเร็งหลังการปลูกถ่ายไตเชื่อว่าเกิดจากระบบ

ภูมิคุ้มกันในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากผลของยากดภูมิคุ้มกันที่ใช้ป้องกัน rejection ได้แก่ azathioprine, cyclosporine, antilymphocyte globulin และ OKT3 ซึ่งจะทำให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดเซลล์ที่แปลกปลอมได้นอกจากนี้ พวก oncogenic viruses เช่น Epstein-Barr virus จะเจริญเติบโตได้ง่าย และจะกระตุ้น lymphocytes ทำให้เกิด lymphoproliferative disorder จนกลายเป็น nonHodgkin's lymphoma ในที่สุดได้มะเร็งที่เกิดใน Donor อาจถูกส่งต่อมายัง recipient โดยติดมากับ renalallograft ได้โดยทั่วไปการเลือก donor ที่เหมาะสมจะต้องไม่มีโรคมะเร็งหรือเนื้องอกของอวัยวะต่างๆ อยู่ ยกเว้นมะเร็งของเนื้อสมอง (Primary brain tumor) เพราะถือว่ามะเร็งชนิดนี้ มักจะไม่ลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานว่ามะเร็งของเนื้อสมองอาจแพร่กระจายมายังอวัยวะต่างๆ และทำให้เกิดมะเร็งใน recipient ได้เหมือนกัน

6. ปัญหาทางตับหลังปลูกถ่ายไตหลังปลูกถ่ายไตจะพบความผิดปกติของระดับ liver enzyme ได้ค่อนข้างบ่อย มีรายงานไว้ประมาณร้อยละ 37 เป็นแบบเฉียบพลันร้อยละ 23 แบบเรื้อรังร้อยละ 14 และบางรายอาจเสียชีวิตจากภาวะตับวายได้สาเหตุของโรคแทรกซ้อนที่ตับมีได้หลายอย่าง เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและชนิดซีที่อาจมีอยู่แล้วก่อนผ่าตัดและกลับกำเริบขึ้นหลังผ่าตัดหรืออาจเป็นการติดเชื้อครั้งแรก ทั้งนี้การให้ยากดภูมิคุ้มกันไม่ว่าจะเป็น steroid, azathioprine หรือ cyclosporine ก็ตามจะมีผลทำให้เชื้อไวรัสตับอักเสบล่านี้ มีการเจริญเติบโตแพร่กระจายได้ง่าย และกลายเป็นตับอักเสบบีเรื้อรังได้นอกจากนี้ ไวรัสกลุ่ม CMV, EBV, Herpes ก็อาจเป็นสาเหตุของตับอักเสบได้เช่นกัน ยากดภูมิคุ้มกันที่ใช้ทั้ง azathioprine และ cyclosporine อาจมีพิษต่อตับโดยตรงได้ azathioprine อาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ทั้งชนิด cholestatic และ hepatocellular โดยจะขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ได้รับถ้าได้ยาน้อยกว่า 2 มิลลิกรัม/กก./วัน มักจะไม่เกิดตับอักเสบแต่บางครั้งปฏิกิริยาอาจเป็นแบบ idiosyncratic และไม่ขึ้นกับขนาดยาถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของตับไม่ดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและไม่ควรใช้ยาตัวนี้เป็นยากดภูมิคุ้มกันหรือควรใช้ในขนาดต่ำ cyclosporine อาจทำให้ liver enzyme สูงขึ้นเล็กน้อยแบบชั่วคราวได้และเมื่อลดขนาดยาลงการทำงานของตับจะกลับสู่ปกติมักไม่ก่อให้เกิดปัญหาตับอักเสบบีเรื้อรัง

7. ระบบทางเดินอาหารพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบนี้ได้ไม่บ่อยนักแต่อาจเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยได้เช่น แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ซึ่งบางรายอาจทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรืออาจทำให้ผนังกระเพาะและลำไส้ทะลุได้สาเหตุที่สำคัญคือ pepticulcer ซึ่งอาจมีแล้วตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และมากำเริบมากขึ้นหลังปลูกถ่ายไตดังนั้นในการพิจารณาผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไตจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคนี้ไว้ด้วย และควรรับให้การรักษาให้หายก่อนทำการปลูกถ่ายไตบางแห่งแนะนำให้ยากกลุ่ม H2-blocker ในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคนี้ สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดแผลในเยื่อบุทางเดินอาหาร ได้แก่การติดเชื้อกลุ่มฉวยโอกาส (opportunistic infection) เช่น เชื้อรา ไวรัสกลุ่ม CMV และ Herpes เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกอันหนึ่ง คือ ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) สาเหตุที่ทำให้เกิดได้ แก่ ยากลุ่ม steroid, azathioprine, cyclosporine ซึ่งจะขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ได้รับภาวะ Hyperparathyroidism ที่เกิดขึ้นหลังปลูกถ่ายไต และมีหลักฐานว่าอาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ CMV ด้วย ภาวะตับอ่อนอักเสบที่พบในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมักจะรุนแรงและการพยากรณ์โรคไม่ดี

8. ความผิดปกติเกี่ยวกับเมแทบอลิซึมและระบบฮอร์โมนภาวะแคลเซียมสูงในเลือดหลังปลูกถ่ายไต พบประมาณร้อยละ 15 -30 ส่วนใหญ่จะสูงเพียงชั่วคราวในระยะ 1 ปี แรกหลังผ่าตัด สาเหตุเกิดจากระดับฟอสเฟสในเลือดลดลงในขณะที่ผู้ป่วย ยังคงมีภาวะของ secondary hyperparathyroidism อยู่โดยพบว่า มีการสูญเสียฟอสเฟตทางปัสสาวะจำนวนมากต่อมาเมื่อภาวะ hyperparathyroidism เริ่มลดน้อยลงจากการที่ระดับฟอสเฟตลดลงและเมแทบอลิซึมของวิตามินดี กลับสู่ปกติจะทำให้ระดับแคลเซียมค่อยๆลดลงสู่ปกติแต่ในบางรายอาจพบภาวะ persistent hyperparathyroidism ได้เนื่องจาก parathyroid gland ทำงานโดยอัตโนมัติไม่ตอบสนองต่อ feedback mechanism ทำให้ ระดับแคลเซียมจะสูงไปตลอดและอาจมีผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพลงได้ในกรณีนี้อาจจำเป็นต้องทำ parathyroidectomy อย่างไรก็ตามในระยะหลังมักไม่ พบว่า ระดับแคลเซียมในเลือดสูงมากนักเนื่องจากการควบคุมภาวะ secondary hyperparathyroidism ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก่อนปลูกถ่ายไตได้ดีขึ้น จากผลของการให้ phosphate binders การให้ calcium supplementation และการให้ active vitamin D ในช่วงหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตใหม่ๆ ซึ่งยังคงมีภาวะ hyperparathyroidism อยู่และมีการสูญเสียฟอสเฟตไปทางปัสสาวะ จะพบว่า มีการสูญเสีย bicarbonate ไปทางปัสสาวะด้วยจากภาวะ proximal renal tubular acidosis ภาวะนี้จะค่อยๆ หายไปเมื่อภาวะ hyperparathyroidism และระดับฟอสเฟตกลับสู่ปกติส่วนภาวะ distal renal tubular acidosis ก็ อาจ พบ ได้ ซึ่ง อาจ เป็น ผล จาก ภาวะ acutetubular necrosis,acute rejection, chronicrejection และผลจากยา cyclosporine ภาวะ hyperuricemia พบได้บ่อยจากผลของยา azathioprine, cyclosporine ก็อาจทำให้ระดับยูริกสูงได้แต่พบน้อยกว่าบางรายอาจทำให้เกิด gouty arthritis ได้ไม่ควรใช้ allopurinol รักษาในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับ azathioprine เป็นยากดภูมิคุ้มกันเพราะ allopurinol จะขัดขวางการเผาผลาญ azathioprine ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา azathioprine

9. ภาวะเม็ดโลหิตแดงสูง (Postransplant Erythrocytosis) ถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัย คือ hematocrit มากกว่าร้อยละ 51 จะพบภาวะนี้ประมาณร้อยละ 17 มักพบภายใน 1 - 2 ปีแรกหลังปลูกถ่ายไตมักพบในผู้ป่วยที่การทำงานของไตหลังปลูกถ่ายดี ระดับครีเอตินินในเลือดไม่สูงและไม่ค่อยมีปัญหา rejection พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วนใหญ่มักจะยังคงมีไตเก่าอยู่ภาวะนี้อาจทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่ายกว่าคือจะพบประมาณร้อยละ 22 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดโลหิตแดงสูง นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ และรู้สึกอ่อนเพลียได้ การรักษาพบว่า การใช้ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor เช่น captopril, enalapril ได้ ผลดีเกือบทุกราย

ระดับ Hematocrit จะลดลงภายใน 6 สัปดาห์และไม่พบว่ามีผลเสียต่อการทำงานของไตแต่มักจะ ต้องให้ไปตลอดเชื่อว่า ACEI ออกฤทธิ์โดยลดการสร้าง erythropoietin จาก native kidney แต่อย่างไรก็ตามบางรายก็ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของระดับ erythropoietin หลังให้ ACEI ใน รายที่ ACEI ไม่ได้ผลอาจใช้ theophylline รักษาภาวะนี้ได้ควรหลีกเลี่ยงการให้ diuretics เพราะ จะยิ่งทำให้เกิดภาวะเลือดเข้มข้นมากยิ่งขึ้นรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจต้องทำ phlebotomy เป็นครั้งคราวไปถ้าระดับ hematocrit มากกว่าร้อยละ 52

10. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Renal complication)

10.1 Glomerulonephritis ที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนแล้วใน donor แต่ไม่ทราบมาก่อนที่จะ ทราบหลังนำมาปลูกถ่ายให้ recipient โดยการทำ kidney biopsy ในขณะที่ทำการผ่าตัด

10.2 โรคที่เกิดขึ้นในไตใหม่ (recurrent renal disease) ซึ่งบางชนิดอาจทำให้เกิด ไตวายเรื้อรังอีกได้

10.3 Transplant glomerulopathy เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับภาวะ chronic rejection ลักษณะทางพยาธิจะเป็นแบบ membranoproliferative glomerulonephritis type I เป็นสาเหตุที่ พบบ่อยที่สุดของ posttransplant nephrotic syndrome

10.4 โรคที่เกิดขึ้นใหม่ในไตที่ปลูกถ่าย (de novo glomerulopathy) ที่พบบ่อย ได้แก่ membranous nephropathy และ focal and segmental glomerulosclerosis ซึ่ง มักจะมีการดำเนินโรคที่เร็วกว่าที่เกิดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต

11. Cyclosporine Nephrotoxicity เป็นสาเหตุที่สำคัญและพบได้บ่อยอันหนึ่งที่ทำให้ ไตที่ปลูกถ่ายเสื่อมหน้าที่ลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกๆ ซึ่งต้องแยกจากภาวะ acute rejection และ acute tubular necrosis กลไกที่ทำให้ cyclosporine มีพิษต่อไตคือ renal vasoconstriction ทำให้ renal blood flow และ GFR ลดลง ฤทธิ์อันนี้จะขึ้นกับขนาดยาที่ได้รับแต่ไม่สามารถวินิจฉัย ภาวะนี้จากระดับยาในเลือดเพียงอย่างเดียวได้ต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกรวมทั้งการตรวจทางพยาธิ ประกอบด้วย

2.3.6 การติดเชื้อและการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

หลังจากผู้ป่วยปลูกถ่ายไตต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะ สลัดไต (Acute Rejection) และป้องกันภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (Deterioration of kidney function) (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009) ซึ่งเป็นความเสี่ยงสำคัญของ ผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตเพราะถ้าร่างกายต่อต้านไตใหม่จะทำให้เกิดไตวายและต้องกลับไปฟอกเลือดอีก ได้ซึ่งยากดภูมิคุ้มกันมีผลข้างเคียงของยา เช่น น้ำหนักเพิ่ม กระดูกบาง ผดผื่น สิว และมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ผลของการกดภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่ายจึงต้องดูแลร่างกายป้องกันการติดเชื้อ (National Kidney Foundation, 2011) การป้องกันการติดเชื้อจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะ

ส่งผลถึงผลลัพธ์ในระยะยาวด้วย ดังนั้นผู้ป่วยปลูกถ่ายไตจึงควรได้รับการฉีควัคซีนที่ไม่มีชีวิต เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และมีการคัดกรองเพื่อให้ยาที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัสด้วยตามมาตรฐานของ KDIGO 2009 และควรประเมินผลข้างเคียงกับประโยชน์จากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันให้ สมดุลกัน (Bia et al, 2010) กอนคาล์และคณะ (Goncalves, Reveies, Martins, Rodrigues, & Rodrigues, 2016) ศึกษาความสม่ำเสมอของการกินยากดภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต โดยการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี 2009 – 2014 ผลการทบทวน พบว่า ความสม่ำเสมอของการกินยากดภูมิคุ้มกันมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ลี้ม และชีวิตประจำวัน สภาวะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวลาตั้งแต่ปลูกถ่ายไต ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของยาที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ 1) พฤติกรรมหลังปลูกถ่ายไต 2) อาการป่วยทางจิต 3) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 4) แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 5) การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยง 6) ว่างรุ่น 7) การศึกษา 8) ระยะเวลาหลังปลูกถ่ายไตในระยะแรกจะสูง 9) ขาดการมาตรวจตามนัด 10) การได้รับความรู้ เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตไม่เพียงพอ 11) ผลข้างเคียงของยา และ 12) การได้รับยาที่ซับซ้อน (Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO), 2009)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำเป็นต้องรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลและมีพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกายและเครื่องใช้ในที่อยู่อาศัย การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรดูแลตนเองรวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนที่ควรช่วยดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งอาจจะลุกลามถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือดจนทำให้เสียชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต (สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย, 2560)

2.3.7 การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการมาตรวจตามนัด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (National Kidney Foundation, 2011)

1. การรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressant) เพื่อป้องกันการต่อต้านไตใหม่ของร่างกาย ซึ่งต้องรับประทานยาถูกต้องตรงเวลาตลอดชีวิต และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักขึ้น การติดเชื้อง่าย เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

2. การป้องกันการติดเชื้อโดยลดการสัมผัส (Expose) เชื้อโรคและคนที่ป่วยสร้างสุขนิสัยที่ดี (Good Hygiene Behavior) ล้างมือบ่อยๆ หรือใช้น้ำยาฆ่าเชื้อล้างมือเมื่อเป็นหวัดหรือช่วง

ใช้หวัดใหญ่ระบาด ป้องกันการเกิดบาดเจ็บ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดูแลสุขลักษณะหลีกเลี่ยง การสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงเสมหะของเด็กที่เพิ่งได้รับวัคซีน

3. ฉีดวัคซีน แต่หลีกเลี่ยงวัคซีนที่มีชีวิต
4. ป้องกันเบาหวานหลังปลูกถ่ายไต (New-Onset Diabetes After Transplant: NODAT) ประเมินความเสี่ยงถ้าคนในครอบครัวเป็นเบาหวานก็จะเสี่ยงเพิ่มขึ้น จึงควรเจาะเลือดเป็นระยะ และควบคุมอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และออกกำลังกายไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม
5. การป้องกันความดันโลหิตสูงโดยการควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดอาหารเค็ม
6. ป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงโดยควบคุมอาหารที่มีไขมันและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเกิดขึ้นได้
7. การดื่มน้ำ 3 ลิตรต่อวัน
8. ป้องกันมะเร็งโดยหลีกเลี่ยงแสงแดด สวมใส่เสื้อผ้าและทาครีมป้องกันรังสี UVA และ UVB
9. ด้านจิตใจ หลังปลูกถ่ายไตมักจะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไตและกลัวไตเสียหายที่ หากมีอาการมากควรปรึกษาทีมผู้ดูแล
10. วิถีชีวิตสุขภาพดี (Health Lifestyle) ซึ่งจะช่วยให้รู้ สักผาสุก (Wellness) โดยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติไปทำงาน ไปโรงเรียน เพิ่มกิจกรรมทางกายภาพ (Physical activity)

2.3.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ทั้งในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) มีการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยมีหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical function) ต่ำจะทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการใช้บริการพยาบาลประจำบ้าน (nursing home) ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดน้ำ ขณะฟอกเลือดก่อนที่จะผ่าตัดปลูกถ่ายไต เมื่อหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกระหายน้ำและไม่สามารถดื่มน้ำปริมาณมากได้ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไตได้ส่วนด้านจิตเจ้านั้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดหรือซึมเศร้าก็จะส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ไม่ดีเช่นกัน (Bayliss, Ellis, & Steiner, 2007) รวมทั้ง ความกลัวการบาดเจ็บบริเวณแผลผ่าตัดก็ทำไม่กล้ามีกิจกรรมทางกายหรือความสามารถในการจัดการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ได้หมดก็ทำให้การดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (Gordon, Prohaska, Gallant, & Siminoff, 2009) นอกจากนี้ยังวิจัยเชิงสำรวจศึกษาในประเทศ

ญี่ปุ่นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่ดี (Good Self-Management) โดยกลุ่มตัวอย่าง 200 คน เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ (adherence) กับกลุ่มที่ปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอ (non-adherence) ผลการศึกษา พบว่า ในระยะสั้น 2-5 ปี หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคสมองตายมีการจัดการตนเองที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากการรอคอยกว่าจะได้ไตนานทำให้ต้องดูแลรักษาไตเป็นอย่างมาก (Gordon et al., 2009) จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากรายงานของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Procurement Transplant Network) ปี 1987– 2010 จำนวน 168,809 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับไตเมื่ออายุ 14-16 ปีมีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อการเกิดไตเสียหาย (Graft loss) และผู้ป่วยที่มีชีวิตความเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดไตเสียหาย (Andreoni et al, 2013) รวมทั้ง อายุ เพศ ความเชื่อ เชื้อชาติ จิตใจความเครียด แรงผลักดันในตัวผู้ป่วย (Intrinsic force) มีความกลัวและความสามารถแห่งตนต่ำ (Goncalves et al, 2016; Zelle et al, 2016) ก็เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งสิ้น

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environment Factor) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ได้แก่ ด้านการเงิน เศรษฐกิจ รายได้ (Gordon et al., 2009; Ndemera, & Bhengu, 2017) รวมทั้ง อาชีพและหน้าที่การงาน ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่มีงานทำจะมีการกินยากดภูมิคุ้มกันที่สม่ำเสมอ เนื่องจากสามารถกำหนดเวลาที่กินยาได้สม่ำเสมอและตรงเวลากว่าคนที่ไม่มียานทำ (Shimaya et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ ในเรื่องการดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับความรู้ที่อาจจะไม่ครอบคลุม (Ballesteros et al, 2017) หรือผู้ป่วยบางคนก็มีการหาความรู้ ทางอินเทอร์เน็ต และอ่านงานวิจัยตั้งแต่ก่อนปลูกถ่ายไต เนื่องจากการปลูกถ่ายไตเป็นสิ่งเดียวที่จะทำให้มีชีวิตต่อไปได้และความรู้ เป็นสิ่งที่ทำให้การปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ ส่วนการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) และชุมชน (Community support) ก็ถือเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน ทำให้มีการช่วยเหลือ ช่วยเตือนเรื่องการปฏิบัติตัว การให้กำลังใจ เกิดเครือข่ายทางสังคมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (Ndemera, & Bhengu, 2017) รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย (Bayliss et al. 2007) ก็มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน

3. ปัจจัยระบบบริการ (Health Service Factor) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้น ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน หากบุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพให้ความรู้ที่ไม่ครอบคลุม หรือขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรเครื่องมือในการติดตามตนเองของผู้ป่วย ก็ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้รวมทั้งทัศนคติของผู้ให้บริการด้วย (Ndemera, & Bhengu, 2017) ระบบบริการถือเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (National Health System England, 2017) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการต้องส่งเสริมให้มีการรับรู้ สุขภาพที่ถูกต้อง

รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัด สิ้น ใจ เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพของผู้ป่วย (Center for Health Human Rights and Development [CEHURD], 2014)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาปัจจัยแรงจูงใจและปัจจัยอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Ndemera & Bhengu, 2017) ปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต มีดังนี้

1. ตารางประจำวัน (Scheduled routine) การตั้งตารางเวลาเพื่อรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเข้าและเย็น เช่น ตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ หรือ ทำล่องใส่ยา จะช่วยให้ไม่ลืมรับประทานยา
2. ความเป็นอิสระ (Independence) เป็นปัจจัยจูงใจที่สำคัญอย่างยิ่งในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เคร่งครัดตามคำแนะนำ เนื่องจากจะทำให้สามารถมีวิถีชีวิตเป็นปกติประจำวันได้ ต่างจากตอนที่ต้องพอกเล็อกสามารถไปทำงานได้ตามปกติและใช้ชีวิตแบบที่ต้องการได้
3. ความรู้ (Knowledge) การได้รับความรู้เพียงพอเกี่ยวกับชนิดและฤทธิ์ข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกัน ข้อมูลเรื่องการจัดการตนเอง (Self management) และสิ่งที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยจูงใจให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียไต ผู้ป่วยบางคนหาความรู้ ทาง internet และอ่านงานวิจัยตั้งแต่ก่อนปลูกถ่ายไต เนื่องจากการปลูกถ่ายไตเป็น สิ่งเดียวที่จะทำให้ มีชีวิตต่อไปได้ และความรู้ เป็นสิ่งที่จะทำให้ การปลูกถ่ายไตประสบความสำเร็จ
4. สรีระวิทยา (Physiological) เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย
5. ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงของยาหรือมีน้อย (Few or nosideeffect) ช่วยทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
6. แรงจูงใจด้านจิตสังคม (Psychological motivation) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ มีการจัดการตนเองที่ดีนอกจากนี้การกลัวไตเสียหายที่ (graft loss) และความรู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ช่วย ทำให้ดูแลตนเองที่ดีเช่นกัน
7. ความกลัวไตเสียหายที่ (Fear of graft loss) การกลัวไตเสียหายที่แล้วต้องกลับไปพอกเล็อกใหม่ กลับไปจำกัดอาหาร และการไม่ยากทำให้คนให้ไตซึ่งเป็นคนในครอบครัว ผิดหวังเป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบริการอย่างเคร่งครัด
8. ความรู้สึกเชิงบวกต่อความผาสุกของชีวิต (Positive sense of well-being) ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตมีความสุขหลังปลูกถ่ายไต ไม่เหนื่อย กลับไปทำงานและช่วยเหลือครอบครัวได้ได้รับการยอมรับจากครอบครัว จึงเป็นปัจจัยให้มีการดูแลตนเองที่ดี
9. ระบบการสนับสนุน (Support systems) เป็นปัจจัยจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิชอบในการดูแลตนเองให้ดีได้แก่ การสนับสนุนจากผู้ ป่วยปลูกถ่ายไตเหมือนกัน จากครอบครัว ชุมชน จากวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพ และการสนับสนุนด้านการเงิน

10. การสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วยปลุกถ่ายไต (Peer support) การได้พบปะพูดคุยกับกลุ่มผู้ป่วยปลุกถ่ายไตที่มีประสบการณ์เหมือนกัน ทั้งเรื่องปัญหาสุขภาพและการแก้ไข มีการใช้แอปพลิเคชันกลุ่มที่มีแพทย์อยู่ในกลุ่มด้วยช่วยในการตอบปัญหาต่างๆ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้รู้ สึกว่าคนอื่นทำได้เราก็ต้องทำได้จึงเป็นปัจจัยจูงใจให้มีการดูแลตนเองที่ดีเพื่อให้ไตทำหน้าที่ได้ดีตลอดที่ยังมีชีวิตอยู่

11. การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีทั้งพ่อ แม่ พี่น้องและสามีภรรยา ที่ช่วยดูแลและเตือนเรื่องการกินยา การกินอาหาร และการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล

12. การสนับสนุนจากชุมชน (Community support) โดยชุมชนจะช่วยจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลตนเอง เช่น เพื่อนบ้านจะตระหนักเรื่องการมีไตใหม่ในร่างกาย ก็จะไม่เรียกไปร่วมกับกิจกรรมของชุมชนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อซึ่งอาจทำให้เสียไตได้รวมทั้งการให้กำลังใจในการดูแลตนเองและการให้เงินบริจาคที่โบสถ์อีกด้วย

13. การสนับสนุนจากวิชาชีพทางสุขภาพ (Healthcare professional support) ได้แก่ การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาอย่างเป็นมิตร สามารถโทรหาได้การดูแลจรรยาบรรณการฟังและการให้คำแนะนำที่ดีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่ยอมทำให้เจ้าหน้าที่ผิดหวังจึงดูแลตนเองให้ดีตามคำแนะนำ บางคนรู้สึกแพทย์และพยาบาลเป็นเหมือนพระเจ้า

14. การสนับสนุนด้านการเงิน (Financial support) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำหรือได้รับการสนับสนุนเงินจากรัฐบาลไม่เพียงพอที่จะกินอาหารสุขภาพหรือการมาตรวจตามนัดบางคนต้องหยุดทำงานช่วงพักเลือดและใช้ เงินจากพ่อแม่ บางคนใช้ เงินจากสามีซึ่งการสนับสนุนด้านการเงินเป็นปัจจัยช่วยให้สามารถดูแลตนเองให้ได้ดี

15. ระบบสุขภาพ (Healthcare system motivators) ได้แก่ กระบวนการจัดการปลุกถ่ายไต การส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

16. กระบวนการที่มีประสิทธิภาพ (Effective process) กระบวนการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไตตั้งแต่เริ่มเข้ามาในโรงพยาบาลจนถึงออกจากโรงพยาบาล ถ้าเป็นไปอย่างเรียบร้อยมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น แพทย์ออกตรวจตรงเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจปัสสาวะ การจ่ายยาเร็ว

17. การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ (Effective health education) การให้ความรู้ของแพทย์และพยาบาลทั้งในระยะก่อนและหลังปลุกถ่ายไต เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยปลุกถ่ายไต มีดังนี้

1. งานยุ่ง (Busy work schedule) ทำให้ไม่สามารถกินยาตรงเวลาได้เนื่องจากไม่สามารถละทิ้งมาได้และเพิ่งกลับไปทำงานหลังปลูกถ่ายไตเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากที่ทำงาน

2. การขาดความรู้/ไม่สนใจ (Lack of knowledge/ignorance) การขาดความรู้ส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ไม่ดีรวมทั้งการที่ให้ความรู้ เรื่องยาเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ให้ความรู้ เรื่องวิถีชีวิต (lifestyle) ก็เป็นอุปสรรคเช่นกัน เนื่องจาก บางครั้งผู้ป่วยไม่ทำเพราะไม่เห็นประโยชน์หรือไม่เข้าใจ เช่น หยุดกินยากดภูมิคุ้มกันเพราะเห็นว่าปัสสาวะปกติและรู้สึกโอเค ซึ่งเมื่อมาตรวจเลือดตามนัด พบว่า ไตเสียหายที่เพราะไม่กินยา หรือเมื่อมีอาการของภาวะสลัดไต (Graft rejection) แต่ผู้ป่วยไม่รู้ รวมทั้งผู้ให้บริการเน้นการให้ความรู้ เรื่องยาในขณะที่ผู้ป่วยต้องการความรู้เรื่องการออกกำลังกาย อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติและการเฝ้าระวังตนเองที่บ้านด้วย

3. วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy lifestyle habits) ได้แก่ การเที่ยวคลับ ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยรุ่น แม้ว่าจจะรู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพแต่การดื่มเหล้าทำให้ลืมเรื่องกังวลต่างๆ วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพเป็นอุปสรรคทำให้กินยากดภูมิคุ้มกันไม่ตรงเวลาและขาดการมาตรวจตามนัด

4. อุปสรรคด้านร่างกาย (Physiological barrier)

5. ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่รุนแรง (Severe sideeffect) เช่น ท้องเสีย แผลในกระเพาะอาหาร ทำให้หยุดกินยา

6. สุขภาพไม่ดี (Poor health) เมื่อเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคทำให้การดูแลตนเองลดลงเช่น ไม่อยากอาบน้ำ แปรงฟัน การกินอาหาร เป็นต้น

7. อุปสรรคด้านจิตสังคม (Psychological barriers) ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบสุขภาพ ชุมชน

8. ขาดการสนับสนุน (Lack of support) ได้แก่ การสนใจจากคนในครอบครัว ซึ่งพยายามให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนรู้สึกซึมเศร้าและต้องการพบจิตแพทย์บางครั้งเกิดความเครียดจึงรับประทานยาที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

9. การรับรู้ที่ผิดเมื่อเกิดความผาสุก (False sense of well-being) หลังปลูกถ่ายไตผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตปกติจึงหยุดการรักษาเพราะคิดว่ามีความผาสุกแล้ว ไม่กินยา ไม่ตรวจตามนัดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

10. อุปสรรคด้านระบบสุขภาพ (Health care system relates barriers) ได้แก่ การที่โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเอง ให้ความรู้กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ

11. ขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังตนเอง (Lack of self-care monitoring equipment) ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด พรอพวดใช้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เฝ้าระวังตนเองที่บ้าน

12. การให้ความรู้ไม่เพียงพอ (Inadequate health education) ทำให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ไม่ดีกินยาไม่ต่อเนื่อง ปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ไม่ได้รวมถึงการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจเมื่อออกจากโรงพยาบาล

13. ทศนคติเชิงลบกับเจ้าหน้าที่ (Negative staff attitudes) การเข้าถึงยาก พฤติกรรมบริการที่หยาบคาย ไม่เป็นมิตรทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมมาตรวจตามนัดและกลัวที่จะสอบถามจึงส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองไม่ดีด้วย

14. สถานะทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ (Low socio - economic status) เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่มีงาน ไม่มีรายได้ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้ได้ดีเช่น การกินอาหารที่ดีการทำงานหนักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้หรือการต้องเช่าห้องอยู่ร่วมกับคนอื่น

จากการทบทวนดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีเวลาการรักษาที่ยาวนาน การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ อากาศเหนื่อยง่าย โรคความดันโลหิตสูง โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดกระดูก อาการตะคริวที่กล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นดังกล่าว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีปัญหาทางอารมณ์จิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เตรียมไต จนถึงค่าใช้จ่าย ดังนั้นการเตรียมการประเมินเพื่อดูความพร้อมของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการนี้ คือ การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับและพร้อมเข้ารับการปลูกถ่ายไต เพื่อรอเรียกเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเตรียมรับการปลูกถ่ายไตต่อไป เพื่อให้ผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายไตในระยะยาวออกมาดีที่สุดใน การศึกษาการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถานที่ในการศึกษา โดยศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เลือกรับแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต

2.4 แบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับหัตถการทางการแพทย์

2.4.1 แบบแผนการเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1) ระบบการเข้ารับการปลูกถ่ายไต ซึ่งได้แก่ช่องทางการนัดผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต และคู่มือการนัดผู้ป่วยปลูกถ่ายไต สำหรับบุคลากรสุขภาพ และ

2) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยรอเข้ารับการปลูกถ่ายไตโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้วิจัยได้ทบทวนผลงานวิชาการ และงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

1. แนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับหัตถการทางการแพทย์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจเช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง เป็นต้น โดยมีแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Selfregulation model) ของลีเวนทาลและจอร์ห์นสัน ซึ่งได้รวบรวมความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งในห้องปฏิบัติการพยาบาลและทางเทคนิคเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และความทุกข์ทรมานของบุคคล ประกอบกับทฤษฎีทางจิตวิทยา พัฒนาเป็นทฤษฎีการปรับตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) มโนทัศน์หลักคือของทฤษฎีคือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Scheme) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมาแบบแผนความรู้ความเข้าใจเป็นตัวชี้้นำความสนใจของบุคคลเป็นแนวทางการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สาระสำคัญของทฤษฎีคือถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้หรือไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ บุคคลจะมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรงแต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน หรือบุคคลได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมซึ่งถือเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอนการตรวจรักษาเวลาที่เกิดและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์นั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามและข้อมูลที่อธิบายถึงสภาพแวดล้อมบุคคลที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียงและการมองเห็น ภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตรวจรักษาต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำ

ให้มีการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

2.4.2 การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ นิพนธ์ ศุขปริดี (2542: 41-42) ได้ให้ความหมายวีดิทัศน์คือ การประยุกต์ศิลปะการแสดงนำเสนอผู้ชมให้เกิดความรู้สึกอารมณ์ที่พึงประสงค์ของผู้อำนวยความสะดวกสร้าง ซึ่งก็หมายถึง สื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายทอดศิลปะและอารมณ์แก่ผู้ชม ทั้งเป็นศิลปะของการผลิตและนำเสนอแก่ผู้ชมจากการวิจัยพบว่า มนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 75 ทางหูร้อยละ 13 ทางกายสัมผัสร้อยละ 6 ทางรสสัมผัสร้อยละ 3 และทางจมูกร้อยละ 3 จะเห็นได้ว่าคนเราใช้ประสาทสัมผัสทางตา และหูเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับความคิดเห็นของลัดดา ศุขปริดี (2523: 106-107) ได้กล่าวถึง ข้อดีของการใช้สื่อวีดิทัศน์ว่าผู้เรียนส่วนใหญ่ชอบการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์เพราะเป็นเทคนิคที่ดึงดูดความสนใจของผู้ชมได้ดีช่วยแบ่งเบาภาระในการสอนของครูด้านการจัดหาสื่อการเรียนการสอนต่างๆ เพราะการสอนทางสื่อวีดิทัศน์สามารถใช้สื่อต่างๆ ร่วมกันได้อย่างดี เป็นสื่อกลางในการสาธิตที่ดีเพราะสามารถใช้สื่อการเรียนการสอนหลายชนิดประกอบกัน การแสดงให้เห็นสิ่งเล็กๆ สามารถขยายให้ใหญ่ และเห็นได้ชัดเจนขึ้นโดยใช้กล้องถ่ายเขาไปในระยะใกล้ ช่วยแก้ปัญหาขาดแคลนครูช่วยปรับปรุงคุณภาพของการเรียนการสอนให้ดีขึ้น โดยช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ทันต่อเหตุการณ์และสามารถศึกษาสิ่งที่อยู่ไกลได้ใกล้ชิดเหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ การใช้สื่อวีดิทัศน์มีส่วนช่วยทำให้บทเรียนน่าสนใจมากขึ้นในบรรดาสื่อการสอนที่ได้นำไปใช้เป็นเครื่องช่วยการเรียนการสอนนั้น สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อหนึ่งที่เข้ามามีบทบาท และอิทธิพลต่อการศึกษากันเป็นอย่างยิ่ง เพราะคุณสมบัติของวีดิทัศน์เอื้ออำนวยให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาหลายประการ (นภาพรณ์ อัจฉริยะกุล และพิไลพรรณ ปุกหุด, 2542: 1060) คือ

1. สามารถนำสิ่งที่อยู่ภายนอกห้องเรียนเข้ามาสู่ผู้เรียนในห้องได้
2. สามารถใช้เทคนิคในการถ่ายทำเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นสิ่งที่เล็กมากๆ ได้อย่างชัดเจนด้วยตาเปล่าทั้งนี้ด้วยวิธีการถ่ายทำ คือ การจับภาพระยะใกล้ (Close up) หรือให้เห็นภาพแบบกว้างไกล (Long shot and wide angle)
3. สามารถใช้เทคนิคการถ่ายทำให้ผู้เรียนเห็น และเกิดความเข้าใจในกระบวนการบางอย่างซึ่งมนุษย์เราไม่สามารถเห็นได้ตามปกติ เช่น เทคนิคการถ่ายทำภาพแอนิเมชัน (Animation) ช่วยทำให้สิ่งที่ไม่มีชีวิตเคลื่อนไหวได้เหมือนกับสิ่งมีชีวิต

4. สามารถใช้เทคนิคการซ้อนภาพ (Superimposition) จากแหล่งสัญญาณภาพ 2 แหล่งให้ปรากฏอยู่ในจอได้ในเวลาเดียวกัน

5. สามารถเสนอภาพ และเสียงจากสื่ออื่นๆ ที่ใช้กันในสถานการณ์การเรียนการสอนได้เกือบทุกชนิด ซึ่งทำให้รายการสอนนั้นน่าสนใจและชวนให้น่าติดตามมากขึ้น

6. สามารถตัดต่อแก้ไข หรือเพิ่มเติมเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่เสมอ ทำให้การเรียนการสอนเกิดประโยชน์ตรงกับความต้องการของผู้สอน โดยไม่สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายมากขึ้น

7. สามารถเผยแพร่ความรู้ออกไปได้อย่างกว้างขวาง เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกภาพมีขนาดเล็ก จึงสามารถนำไปถ่ายทำรายการได้สะดวก สามารถบันทึกเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้ในทันที และเก็บไว้สอนต่อไปได้ไม่จำกัดเวลา และสถานที่ และเมื่อสอนไปแล้วจะนำมาสอนอีกครั้งก็ได้

8. วิธีทัศน์เอื้ออำนวยให้การเรียนการสอนเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ เพราะสามารถดูซ้ำได้หลายครั้งจนกว่าจะเข้าใจหรือจดจำได้

9. วิธีทัศน์สามารถช่วยผู้สอนได้ด้วยการบันทึกภาพการสอน แล้วนำมาเปิดชมเพื่อตรวจสอบความบกพร่องและข้อผิดพลาดนั้นๆ เพื่อพัฒนาการสอนให้ได้ผลดียิ่งขึ้นได้ตลอดเวลา

สื่อวิธีทัศน์นอกจากจะเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาแล้วทางด้านสาธารณสุขยังนำมาประกอบในการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร (2555: 98) ได้กล่าวถึงการสอนผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพโดยการใช้สื่อวิธีทัศน์ ว่าการสอนโดยใช้สื่อวิธีทัศน์จะช่วยประหยัดเวลาของพยาบาลได้ เป็นอย่างมากทำให้ข้อมูลที่เสนออยู่ในลักษณะที่เป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลินโดยสามารถเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย การเกิดโรคและวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ และสื่อวิธีทัศน์ยังสามารถเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในรูปแบบต่างๆ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต ที่คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถานที่ในการศึกษา

2.5 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

ทฤษฎีระบบ (System Theory) เริ่มปรากฏขึ้นเมื่อ ประมาณ ค.ศ. 1920 โดยผู้ที่เริ่มพูดถึงแนวคิดนี้เป็นคนแรก คือ Bertalanfy นักชีววิทยาชาวออสเตรียต่อมาแนวคิดนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายเมื่อทศวรรษ 1940 และพัฒนาไปสู่สาขาอื่น ๆ คำว่าระบบ (System) เป็นกลุ่มองค์ประกอบต่างๆ ที่มี

ความสัมพันธ์ระหว่างกันและมีความเกี่ยวข้องกันในลักษณะที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำกิจกรรมเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามความต้องการขององค์การ (จันทรานี สงวนนาม, 2553: 85) หรืออาจจัดได้ว่าเป็นกลุ่มของส่วนที่เกี่ยวข้องกันและมีความสัมพันธ์กันในเชิงที่จะต้องบรรลุ จุดมุ่งหมายร่วมกันดังนี้ คือ (สมยศ นาวิการ, 2544: 49)

1. ส่วนต่างๆ ของระบบ อยู่ในสถานะที่เคลื่อนไหวได้ การเคลื่อนไหวหรือแสดงออกของ ส่วนต่างๆ จะมีปฏิกริยากระทบต่อกันเสมอ โดยที่ในระบบหนึ่ง ๆ จะประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ (Subsystems) และภายในระบบย่อยก็จะประกอบไปด้วย ระบบย่อยเล็กลงไปอีก หากมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ณ ส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ (Chain of Effects)

2. ระบบประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ ทรัพยากรต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในกระบวนการบริหาร นั้นคือทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรทางกายภาพ ทรัพยากรทางการเงิน และข้อมูลที่ใช้ในการผลิต สินค้าและบริการ

2.2 กระบวนการแปรสภาพ (Transformation Process) ประกอบด้วย เทคนิคในการจัดการต่างๆ รูปแบบกิจกรรมการผลิต เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผลิต

2.3 ปัจจัยนำออก (Outputs) ได้แก่ สินค้า บริการ กำไร ขาดทุน และผลที่คาดหวังอื่น

2.4 ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) คือ ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดจากกิจกรรมของ องค์การ ซึ่งสามารถนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในขั้นตอนต่างๆ ได้ปัจจุบันคำว่า "ระบบ" เป็นคำกล่าวที่ใช้กันแพร่หลายโดยทั่วไป เวลาที่กล่าวถึงระบบ เราจะต้องคำนึงถึง 3 คำคือ (จันทรานี สงวนนาม, 2553: 85)

1. การคิดอย่างมีระบบ (System Thinking) หมายถึง การคิดอย่างมีเหตุผลโดย คิดอย่างรอบคอบถึงผลที่ได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้นได้ทั้งในภาพรวม และทุกๆ ส่วนขององค์ประกอบย่อย ของระบบว่าต่างก็มีส่วนสัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2. วิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (System Approach) หมายถึง วิธีการ ปฏิบัติงานที่เป็นระบบ โดยมีการนำเอาปัจจัยที่จำเป็นต่อการบริหารมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ เกิดผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งปัจจัย กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจะมี ส่วนสัมพันธ์กันและเป็นผลซึ่งกันและกัน

3. ทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นทฤษฎีที่ระบุว่าองค์กรประกอบด้วย ส่วนประกอบที่เป็นอิสระและเป็นวิธีการบริหารงานที่จะเพิ่มความเข้าใจจุดเด่นจุดด้อยในองค์การ เพื่อการพัฒนาและแก้ปัญหาได้มากยิ่งขึ้น

2.5.1 หลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบ

หลักการและแนวคิดของทฤษฎีระบบมี ดังนี้ (จันทรานี สงวนนาม, 2553: 85-86)

1. ทฤษฎีระบบมีความเชื่อว่าระบบจะต้องเป็นระบบเปิด (Open System) กล่าวคือจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยได้รับอิทธิพล หรือผลกระทบตลอดเวลาจากสภาพแวดล้อม
2. มีรูปแบบของการจัดลำดับ (The Hierarchy Model) ในลักษณะของระบบใหญ่และระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน
3. มีรูปแบบของปัจจัยป้อนเข้าและผลผลิต (Input Output Model) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของปฏิสัมพันธ์ที่มีกับสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มต้นจากปัจจัย กระบวนการ และผลผลิตตามลำดับเป็นองค์ประกอบของระบบ
4. แต่ละองค์ประกอบของระบบจะต้องมีส่วนสัมพันธ์กันหรือมีผลกระทบต่อกันและกัน (The Entities Model) หมายความว่า ถ้าองค์ประกอบของระบบตัวใดตัวหนึ่งเปลี่ยนไปก็จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนขององค์ประกอบตัวอื่นด้วย
5. ทฤษฎีระบบเชื่อในหลักการของการมีเหตุ-ผลของสิ่งต่างๆ (Cause and Effect) ซึ่งเป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถพิสูจน์ได้ทฤษฎีระบบไม่เชื่อผลของสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เกิดจากสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว แต่ทฤษฎีระบบเชื่อว่าปัญหาทางการบริหารที่เกิดขึ้นมักจะมาจากสาเหตุที่มากกว่าหนึ่งสาเหตุ
6. ทฤษฎีระบบจะมองทุกๆ อย่างในภาพรวมของทุกองค์ประกอบมากกว่าที่จะมองเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ
7. ทฤษฎีระบบคำนึงถึงผลของการปฏิบัติที่เป็น "Output" หรือ "Product" มากกว่า "Process" ซึ่งผลสุดท้ายของงานที่ได้รับอาจมีมากมายสิ่งซึ่งก็คือผลกระทบ (Outcome or Impact) ที่เกิดขึ้นตามมาในภายหลังนั่นเอง
8. ทฤษฎีระบบจะมีกระบวนการในการปรับเปลี่ยนและป้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อบอกให้รู้วาระบบมีการเบี่ยงเบนอย่างไร ควรจะแก้ไขที่องค์ประกอบใดของระบบ ซึ่งก็คือ (System Analysis) นั่นเอง

2.5.2 องค์ประกอบของระบบ

องค์ประกอบของระบบประกอบด้วยระบบย่อย 5 ระบบ (Kast, & Rosenzweig, 1985: 113-115) ดังนี้

1. ระบบย่อยด้านเป้าหมายและค่านิยม (Goal and Values Subsystem) ค่านิยมและเป้าหมาย ขององค์การจะเป็นระบบย่อยที่สำคัญระบบหนึ่งองค์การได้รับค่านิยมจากสภาพแวดล้อม คือสังคม องค์การที่ต้องการความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดขึ้น จะมีการรับปัจจัยนำเข้าองค์การ และจะต้องดำเนินการตามข้อกำหนดของสังคมนั้น

2. ระบบย่อยด้านเทคนิค (Technical Subsystem) เป็นความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย เทคนิค กระบวนการใช้อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการแปรรูปสภาพปัจจัยนำเข้าให้เป็นผลผลิต ระบบเทคนิคจะถูกกำหนดโดยข้อกำหนดขององค์กร ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามภารกิจ เช่น วิทยาการที่ใช้ในการผลิตรถยนต์จะแตกต่างจากวิทยาการที่ใช้ในโรงกลั่นน้ำมัน หรือบริษัทอิเล็กทรอนิกส์ระบบเทคนิคจะถูกกำหนดโดยการแบ่งงานกันทำเฉพาะด้าน และทักษะที่ต้องการ ระบบเทคนิคจะกำหนดลักษณะ โครงสร้างขององค์กรและส่งผลกระทบต่อระบบจิตสังคม

3. ระบบย่อยด้านจิตสังคม (Psychosocial Subsystem) เป็นระบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของคนกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วยพฤติกรรมของบุคคลและแรงจูงใจ สถานะและความสัมพันธ์ของบทบาท พลวัตกลุ่ม ระบบจิตสังคมยังได้รับผลกระทบจากค่านิยม ความรู้ สึกทัศนคติความคาดหวัง และแรงคล้อยของบุคคลภายในองค์กรอีกด้วย รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เทคโนโลยีงาน และโครงสร้างขององค์กรสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดบรรยากาศภายใน องค์กรที่บุคคลที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และแสดงบทบาทต่างๆ อาจคาดหวังได้ว่าระบบจิตสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมากในองค์กรแบบต่างๆ บรรยากาศของคนที่ทำงากับสายการประกอบชิ้นส่วนรถยนต์ย่อมแตกต่างจากบรรยากาศของนักวิทยาศาสตร์ที่ทำงานอยู่ในห้องทดลอง และหมอที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น

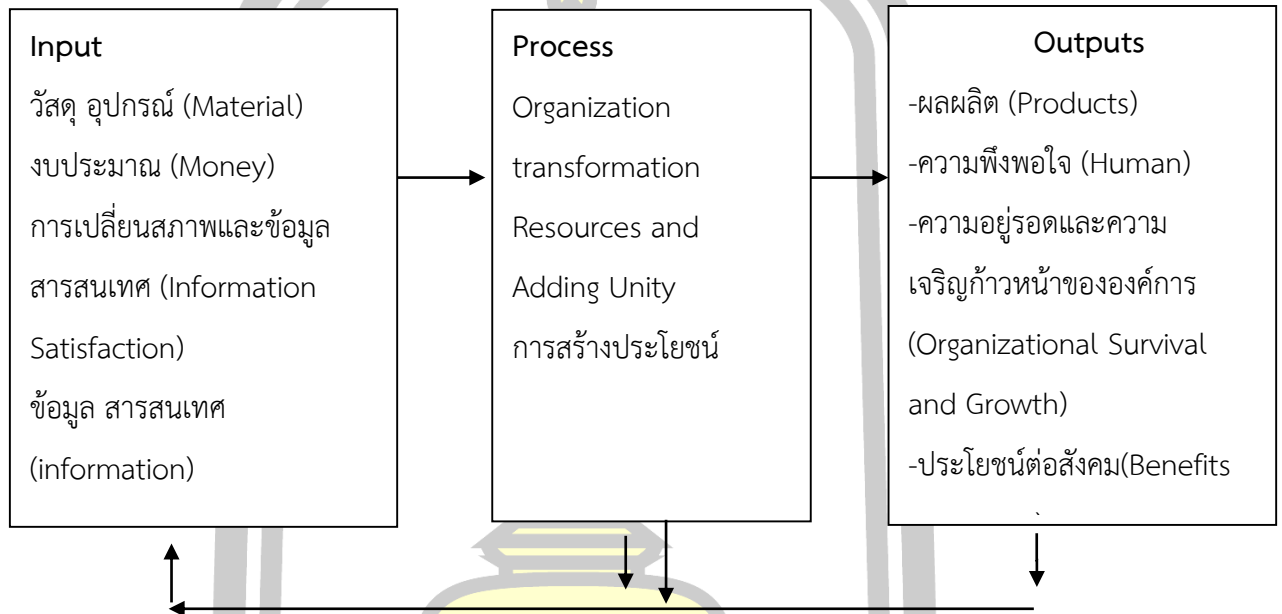
4. ระบบย่อยด้านโครงสร้าง (Structure Subsystem) เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแบ่งงานกันทำและการประสานงาน ในกรณีขององค์กรทางราชการจะแสดงโดยแผนผังองค์กร คำบรรยายลักษณะงาน กฎ และระเบียบ วิธีปฏิบัติงาน โครงสร้างยังเกี่ยวกับแบบของอำนาจหน้าที่ การติดต่อสื่อสารและการไหลของงาน โครงสร้างองค์กรยังกำหนดความสัมพันธ์ที่เป็นระเบียบแบบแผนของระบบย่อยด้านเทคนิคและระบบย่อยด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีความสมบูรณ์แบบ และความสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดไว้

5. ระบบย่อยด้านการบริหาร (Managerial Subsystem) เป็นระบบที่มีบทบาทสำคัญที่เชื่อมโยงระบบย่อยอื่นๆ ทั้งองค์กร รวมทั้ง สิ่งแวดล้อมภายนอก ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์แผนดำเนินงาน การออกแบบโครงสร้างองค์กรและการกำหนดระบบการควบคุมการดำเนินงาน

2.5.3 รูปแบบของวิธีระบบ (System Approach Model)

รูปแบบตามแนวคิดและทฤษฎีระบบของ Kast & Rosenzweig (1985: 113-115) กล่าวว่าองค์กรในฐานะระบบเปิดสามารถพิจารณาในลักษณะที่เป็นรูปแบบทั่วไปของระบบเปิดซึ่งมีลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกและเข้าสู่สภาพที่มีความมั่นคง (Steady state) หรือการมีสภาพความสมดุลอย่างต่อเนื่อง มีการรักษาไว้ซึ่งสมรรถนะการดำเนินงานระบบจะอยู่รอด

หรือไม่ได้หากปราศจากการรับปัจจัยนำเข้ากระบวนการแปรสภาพและการมีผลผลิตสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง ระบบจะต้องได้รับปัจจัยนำเข้าอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถดำเนินงานต่อไปได้และมีผลผลิตที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอป้อนกลับสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 องค์กรในฐานะระบบเปิด
ที่มา: Kast & Rosenzweig (1985)

จันทรานี สงวนนาม (2553) ได้อธิบายว่ารูปแบบของระบบประกอบด้วยส่วนประกอบที่สำคัญดังต่อไปนี้

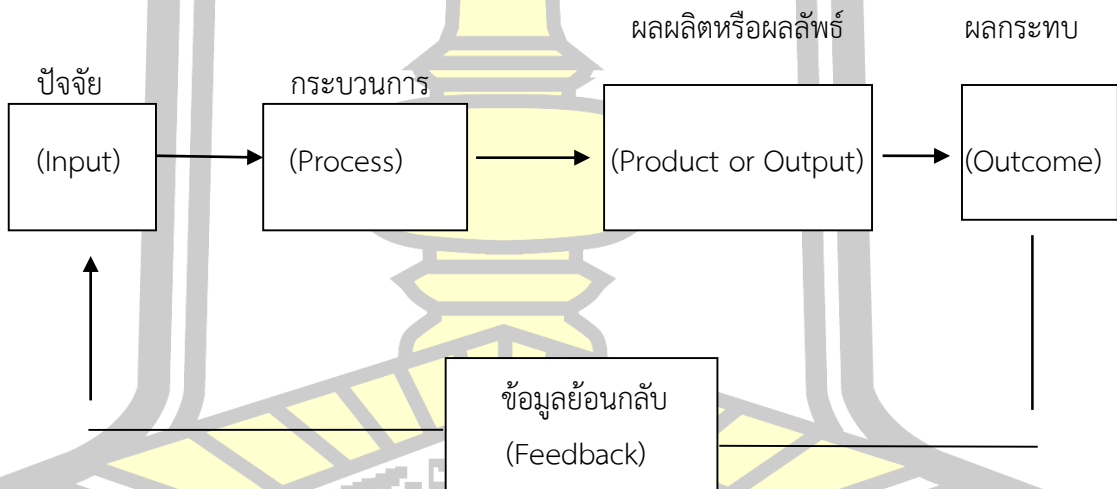
1. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรทางการบริหารทุกด้าน ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้นและเป็นตัวจัดการสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์กร
2. กระบวนการ คือ การนำเอาปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อย ๆ รวมกันอยู่หลายระบบครบวงจร ตั้งแต่การบริหาร การจัดการ การนิเทศ การวัดและการประเมินผล การติดตามตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าไปสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลผลิต หรือผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการของการนำเอาปัจจัยมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4. ผลกระทบ เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากผลลัพธ์ที่ได้ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่คาดไว้หรือไม่ เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นก็ได้เขียนเป็นรูปแบบ ได้ดังภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 องค์ประกอบของวิธีระบบ
ที่มา : จันทรานี สงวนนาม (2553: 85)

ซึ่งการวิเคราะห์ระบบนั้น หากผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ปัญหานั้นจะเกิดจากองค์ประกอบใดของระบบมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันหรือไม่อย่างไร ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ทราบถึงประเภทของปัญหาจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาแก้ไขหรือปรับปรุงได้มากขึ้น การแก้ไขปรับปรุงก็ต้องกระทำอย่างเป็นระบบมิใช่แก้ไขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น (จันทรานี สงวนนาม, 2553: 87-89) ดังภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบที่ 4 การวิเคราะห์ระบบ
ที่มา : จันทรานี สงวนนาม (2553)

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าทฤษฎีระบบนั้นองค์การจะใช้กระบวนการแปรสภาพเพื่อเปลี่ยนปัจจัยนำเข้าไปเป็นผลผลิตและในขณะเดียวกันกลไกในระบบก็จะขึ้นกับการนำข้อมูลย้อนกลับไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์และปรับปรุงปัจจัยนำเข้าจากความหมายของระบบที่ได้ให้คำนิยามนั้นย่อมแสดงให้เห็นว่าทุกระบบต้องมีองค์ประกอบหรือสิ่งต่างๆ เพื่อดำเนินงาน

สัมพันธ์กันเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่องค์การได้ตั้งไว้ตั้งนั้นภายในระบบจึงมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) สิ่งที่ป้อนเข้าไป (Input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ และองค์ประกอบแรกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ โดยรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ อันเป็นที่ต้องการของระบบนั้นด้วยในระบบการศึกษาตัวป้อนเข้าไป ได้แก่ นักเรียน สภาพแวดล้อมของนักเรียน โรงเรียน สมุด ดินสอ และอื่นๆ เป็นต้น

2) กระบวนการ (Process) เป็นองค์ประกอบที่สองของระบบ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิตของระบบและในระบบการศึกษา ได้แก่ วิธีการสอนต่างๆ เป็นต้น

3) ผลงาน (Output) หรือ ผลผลิต (Product) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึง ความสำเร็จในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผล

4) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ซึ่งจะช่วยให้องค์การสามารถปรับปรุงตัวป้อน (Input) กระบวนการ (Process) โดยทั้งองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขาดสิ่งใดไม่ได้

สรุปได้ว่าทฤษฎีระบบ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการแปรสภาพ ปัจจัยนำออก และการย้อนกลับของข้อมูล ซึ่งทฤษฎีระบบจะช่วยทำให้มองเห็นภาพรวมของระบบ เพื่อที่จะทำให้ง่ายในการแก้ไขปัญหาทางการบริหาร ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการดูแลเชิงระบบตามแนวคิดของ Katz and Kahn (1978) โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) มาเป็นกรอบในการวิจัยครั้งนี้โดยศึกษาผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต ที่คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต

2.6 แนวคิดความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ

ความพึงพอใจหรือความพอใจตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Satisfaction” มีความหมายตามพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยาโดยแชปลิน (Chaplin, 1968 อ้างถึงในวันชัย แกวศิริ โภมล, 2550: 6) ให้คำจำกัดความว่า เป็นความรู้สึกของผู้รับบริการตามสถานประกอบการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการที่ได้เข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้นๆ ความพึงพอใจ (Satisfaction) ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไวหลายความหมายอาทิเช่น

ความพึงพอใจ หมายถึง พอใจ ชอบใจ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554: 775)

ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ (2552) กล่าวถึง ความพึงพอใจของลูกค้า (Customer Satisfaction) เป็นระดับความรู้สึกของลูกค้าพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ในการทำงานของผลิตภัณฑ์ กับความคาดหวังของลูกค้า ถ้าผลการ

ทำงานของผลิตภัณฑ์เท่ากับความคาดหวัง ลูกค้าน่าจะเกิดความพึงพอใจ และถ้าผลการทำงานของผลิตภัณฑ์สูงกว่าความคาดหวังมาก ลูกค้าน่าจะเกิดความพึงพอใจอย่างมาก

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2551) กล่าวว่า ความพอใจของผู้ซื้อหลังจากที่ได้ซื้อสินค้ามาแล้วขึ้นอยู่กับผลของปฏิบัติงานของสินค้าหรือสิ่งที่เสนอขาย ปกติความพอใจ คือความรู้สึกพอใจหรือผิดหวังอัน เกิดจากการเปรียบเทียบผลหรือการปฏิบัติงานของผลิตภัณฑ์กับความคาดหวังของเขาจะเห็นได้ว่าจุดสำคัญ คือ การปฏิบัติงานของผลิตภัณฑ์กับความคาดหวัง ถ้าการปฏิบัติงานของผลิตภัณฑ์ไม่ถึงความคาดหวัง ลูกค้าน่าจะเกิดความไม่พอใจ ถ้าการปฏิบัติงานของผลิตภัณฑ์เท่ากับ ความคาดหวังของลูกค้าน่าจะเกิดความพอใจ ถ้าการปฏิบัติงานของผลิตภัณฑ์สูงเกินกว่าความคาดหวังลูกค้าน่าจะเกิดความพอใจหรือปติยินดีเป็นอย่างยิ่ง

เจ ดีเวอร์ (Drever J., 1983: 256 อ้างถึงใน อภัย สุขเจริญ, 2556: 23) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นภาวะของความรู้สึกที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายใดๆ ก็ได้

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นการแสดงออกซึ่งความสุขของมนุษย์เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างไรก็ตามความพึงพอใจของแต่ละบุคคลไม่มีที่สิ้นสุดเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามกาลเวลาและสภาพแวดล้อมของบุคคล จึงมีโอกาสน่าจะไม่มีพึงพอใจในสิ่งที่เคยพึงพอใจมาแล้ว อดิย์และแอนเดอร์เซน (อ้างถึงใน อภัย สุขเจริญ, 2556: 23) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชากรต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นประชาชน จำนวน 21,966 คน ที่มีต่อศูนย์บริการสุขภาพ พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษาพยาบาลมี 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (Co-ordination)
3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่การ แสดงอัธยาศัยทำทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับบริการ (Medical information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (Quality of care) หมายถึง ทักษะของผู้ให้บริการที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ให้บริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการบริการและไม่แพงเกินไป

ลลิตา กระจ่างโพธิ์ (2546 อ้างใน อภัย สุขเจริญ, 2556: 23) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพของผู้ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของอดิย์และแอนเดอร์เซน ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วน

หน้า 30 บาทรักษาทุกโรคโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพโดยรวม และรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอัยาศัยความสนใจ ด้านข้อมูลที่ได้รับด้านคุณภาพบริการและด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก และพิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (อ้างใน อภัย สุขเจริญ, 2556: 24) ได้เสนอปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในการรับบริการประกอบด้วย 3 ตัวแปรได้แก่

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ หมายถึงองค์ประกอบ และโครงข่ายที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่าง ๆ ตัวชี้วัดด้านนี้ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขขอรับบริการ ซึ่งจะดูความยากง่ายและความมากน้อยของเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ หากเงื่อนไขมีน้อยโอกาสที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการที่จะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้นั้นมีความครอบคลุมพื้นที่และหรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง

1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับจะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการ (Outcome of service) ที่ถูกผลิตออกมาในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้น ๆ ว่ามีคุณค่าใช้สอยหรือประโยชน์ต่อผู้ใช้ บริการมากน้อยเพียงใด

1.4 ความคุ้มค่ายุติธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้หมายถึง ความรู้สึกเหมาะสมกับจำนวนค่าบริการ

1.5 ความก้าวหน้าและการพัฒนาระบบบริการที่ให้เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพกับของเดิม

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการคือ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เริ่มต้นของการดำเนินการดำเนินงาน ตัวชี้วัดด้านนี้ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการได้แก่ความยากง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการได้แก่ความมากน้อยของขั้นตอนและความรวดเร็วของการดำเนินงานในขั้นตอนต่าง ๆ

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของการที่ได้แก่ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้และความต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการบริการ

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลตัวชี้วัดด้านนี้ ประกอบด้วย

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในงานบริการ

3.2 ความเสมอภาคของการให้บริการ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใส ให้บริการผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน

3.3 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไวเนื้อเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่ของการให้บริการ โดยไม่เรียกร้องผลประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในบริการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในขั้นตอนการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล หลังจากความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองตามความมุ่งหมาย ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อระบบบริการสุขภาพของอเตย์และแอนเดอร์เซน มาใช้ในการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเตรียมเข้ารับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งประกอบด้วย ความพอใจ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านความสะดวก 2) ความพึงพอใจด้านการประสานงาน 3) ความพึงพอใจด้านอรรถาศัยของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับ 5) ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ และ 6) ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการโดยศึกษาโดยรวม และรายด้านเพื่อจะได้ทราบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการบริการด้านต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม ซึ่งผู้วิจัยใช้สถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีประชากรของการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความผาสุกและการที่ชีวิต จะมีความสุขหรือผาสุกได้นั้น จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง เชิงวัตถุวิสัย (Objective) ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม และเชิงจิตวิสัย (Subjective) ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความพึงพอใจในชีวิตคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสดังกล่าวจะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต มีพัฒนาแบบวัดเฉพาะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้แก่ (KDQOL-36-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 โดย Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นผู้สร้าง สำหรับในประเทศไทย ขนิษฐา หอมจีน และพรพนทิพาศักดิ์ทอง (2553) และวงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์และคณะ (2553) พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคไต (KDQOL-36-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 1. ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) จำนวน 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การทำงานทางกายภาพ (Physical functioning) ด้านที่ 2 ความสามารถทางกายภาพ (Rolephysical) ด้านที่ 3 ความเจ็บปวดตามร่างกาย (Bodily pain:Severity of pain) ด้านที่ 4 สุขภาพด้านจิตใจ (Mentalhealth) ด้านที่ 5 บทบาททางอารมณ์ (Role-emotional) ด้านที่ 6 หน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ด้านที่ 7 ความมีสุขภาพชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า (Vitality) ด้านที่ 8 สุขภาพทั่วไป (General health) ด้านที่ 9 การได้รับการยอมรับในบทบาทที่เปลี่ยนไป (Respected transition) 2. สุขภาพด้านโรคไต (SF-36) จำนวน 16 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 บทบาททางด้านร่างกาย (Rolephysical) ด้านที่ 2 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) ด้านที่ 3 สุขภาพทั่วไป (General health) ด้านที่ 4 ความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom) ด้านที่ 5 อิสระในการเดินทาง (Travel restrictions) ด้านที่ 6 สมาธิและความจำ

(Cognitive functioning) ด้านที่ 7 ด้านการเงิน (Financial) ด้านที่ 8 อีสาระในการรับประทาน อาหารและน้ำดื่ม (Restriction on diet and fluid) ด้านที่ 9 การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) ด้านที่ 10 การทำงาน (Work) ด้านที่ 11 ภาพลักษณ์ (Body Image) ด้านที่ 12 อาการทางร่างกาย (Symptoms) ด้านที่ 13 เพศสัมพันธ์ (Sex) ด้านที่ 14 นอนหลับ (Sleep) ด้านที่ 15 การเข้าถึง (Access) และ ด้านที่ 16 คุณภาพชีวิต (Quality of life) มีความเที่ยงและตรงเพียงพอในการนำไปใช้ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เภมณีในการแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่ ระดับต่ำมาก (0-25.00 คะแนน) ระดับต่ำ (25.01 - 50.00) ระดับปานกลาง (50.01 - 75.00) และ ระดับดี (75.01 -100.00) โรคไตมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าตามการรับรู้ของตนเอง แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงประยุกต์แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคไตขึ้นจากแนวคิดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (KDQOL-36-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สุขภาพโรคไต 16 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้รอรับการเปลี่ยนถ่ายไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่ควรจะได้รับ การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อที่จะให้ผู้รอรับการปลูกถ่ายไตมีความสามารถติดลบในการดูแลตนเองอย่างสูงสุดต่อเนื่อง เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีมีความพร้อมเพื่อการเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อ โดยศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต ที่คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถานที่ในการศึกษา

2.8 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

ความเป็นมาของการวิจัยแบบผสมผสานวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ได้เริ่มก่อรูปครั้งแรกใน ปีค.ศ.1959 โดย Campbell and Fiske (1959) ซึ่งเป็นผู้แนะนำให้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ หลากวิธีในการศึกษาเดียวกัน ต่อมาในปีค.ศ.1973 Sieber (1973) ได้ศึกษาการผสมผสานระหว่าง การเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสำรวจกับการสัมภาษณ์ซึ่งมีการโต้แย้งและทบทวนในกระบวนการของการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Bryman, 1988; Reichardt & Rallis, 1994 อ้างถึงใน นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2555: 131) และพัฒนาการเรื่อยมา จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2003 โดย Creswell (2007) เปรียบเทียบรูปแบบการศึกษา เชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพ และการศึกษา เชิงผสมผสาน และต่อมาในปี ค.ศ. 2005 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาเชิงผสมผสานได้รับการยอมรับ จากแวดวงวิชาการในวารสารชื่อ Journal of Mixed Methods Research ฐานข้อมูล Sage Publication วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) เกี่ยวข้องกับการนำ

แนวคิดการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพมารวมกันในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเรื่องเดียว (Single study) ด้วยการผสมผสานขั้นตอนของการวิจัยอย่างเป็นเหตุเป็นผล วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานถือเป็นรูปแบบการศึกษาแบบหนึ่งของระเบียบวิธีวิจัยภายใต้กระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism)

ความหมายการวิจัยเชิงผสมผสาน ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Mixed Methods Research” มิใช่ตรงกับคำว่า “Mixed Methodology Research” ในภาษาไทยจะตรงกับคำว่า “วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสาน” เพราะทั้งสองคำนี้มีรากฐานที่มาแห่งความหมายและลักษณะต่างกัน กล่าวคือวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and qualitative method as technique) มาร่วมกันศึกษาหาคำตอบของงานวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือในระหว่างขั้นตอนภายในเรื่องเดียวกัน การผสมผสานกันสำหรับดำเนินงานวิจัยจึงเป็นแต่เพียงการผสมผสานในทางเทคนิควิธีการที่ใช้สำหรับการกำหนดปัญหาวิจัย การตั้งวัตถุประสงค์วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเท่านั้น ยกตัวอย่าง เช่น การผสมผสานเทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจใช้แบบสอบถาม แบบสำรวจรายการแบบทดสอบร่วมกันกับการสังเกต การสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่ม เป็นต้น หรือการผสมผสานในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ใช้ทั้งสถิติอ้างอิง และการวิเคราะห์ สรุปอุปนัยก็ได้ (รัตนะ บัวสนธิ์, 2556)

โดยสรุปแล้ว การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) หมายถึง การวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการดำเนินการอาจจะต่อเนื่องกันเป็นระยะๆ หรือดำเนินการไปพร้อมกัน เพื่อให้ได้รับข้อมูลการวิจัยที่ถูกต้องและสมบูรณ์

จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานจากการศึกษาว่า เพราะเหตุใดต้องใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน คำตอบที่เป็นเหตุผลหลักของทุกสำนักและทุกคน ที่ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสานวิธีหรือผสมผสาน (Mixed Methods) คือเป็นการแก้จุดอ่อนของแต่ละวิธีด้วยการเสริมจุดแข็ง โดยมีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายประการดังนี้ (วิโรจน์สารรัตน์, 2545: 13, สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ และกรรณิการ์สุขเกษม, 2547: 285-286 อ้างถึงใน ประภัสรา โคตะขุน, 2556) คือ

1. เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เพิ่มความเชื่อมั่นในผลของการวิจัย
2. เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม (Complement) เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น
3. เพื่อเป็นการริเริ่ม (Initiation) เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ประเด็นที่ผิดธรรมดา ประเด็นที่ขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ๆ เป็นต้น

4. เพื่อเป็นการพัฒนา (Development) เช่น นำเอาผลจากการศึกษาในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์กับในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น

5. เพื่อเป็นการขยาย (Expansion) ให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) การวิจัยแบบผสมผสานมีความสำคัญดังนี้ Geene and others, 1989; Trocim, 2002; Creswell, 2003; Punch, 2003 & Punch, 2005 อ้างถึงใน ประภัสรา โคตะขุน, 2556) คือ

1. ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2. การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4. การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5. สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ในปัจจุบันมีแบบแผนการวิจัย 2 แบบแผน ดังนี้

1. แบบแผนที่ 1 การออกแบบการวิจัยเป็นลำดับ (Sequential Designs) แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1.1 รูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory) การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะแบ่งการวิจัยออกเป็นระยะ ๆ (Phases) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่งแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพในระยะที่สอง ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้เสริมหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

1.2 รูปแบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (Sequential Exploratory) การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะแบ่งการวิจัยออกเป็นระยะ ๆ (Phases) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณในระยะที่สอง

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้เสริมหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพ การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

1.3 รูปแบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative) การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณก่อนในระยะเวลาที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพในระยะเวลาที่สอง ผู้วิจัยอาจจะให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่าข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือให้ความสำคัญเท่า ๆ กัน ซึ่งข้อมูลจะใช้เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความและการอภิปรายผล

2. แบบแผนที่ 2 การออกแบบการวิจัยแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Designs) แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 รูปแบบเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Triangulation) การวิจัยรูปแบบนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากัน การวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะแยกกันและการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความข้อมูล การตีความเป็นการอภิปรายว่าข้อมูลมาบรรจบกันมากน้อยเพียงใด การวิจัยประเภทนี้เหมาะที่ใช้เพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้จากแต่ละวิธี

2.2 รูปแบบเชิงฝังตัวแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Embedded) การวิจัยรูปแบบนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน แต่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทไม่เท่ากัน ข้อมูลที่ฝังตัวอยู่ข้างในจะมีความสำคัญน้อยกว่า ซึ่งข้อมูลที่ฝังตัวจะใช้เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ต่างออกไป การวิเคราะห์ข้อมูลมักเป็นการแปรรูปข้อมูล การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยประเภทนี้เหมาะที่ใช้เพื่อศึกษาหัวเรื่องใดหัวเรื่องหนึ่งในมุมมองกว้าง ๆ และในการศึกษากลุ่มหลายกลุ่มในงานวิจัยเรื่องหนึ่ง ๆ

2.3 รูปแบบเชิงปริวรรตแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent Transformative) การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากันหรือไม่เท่ากันก็ได้การวิเคราะห์ข้อมูลมักเกิดแยกกัน การบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการตีความข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Process)

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัย ผู้วิจัยอาจจะตั้งคำถามการวิจัยเพียงหนึ่งคำถามซึ่งมีลักษณะที่เป็นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือจะตั้งคำถามการวิจัยหลายคำถามซึ่งอาจจะแยกเป็นคำถามเชิงปริมาณและคำถามเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ข้อเดียวหรือหลายข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกระเบียบวิธีในการวิจัย ผู้วิจัยต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตอบคำถามการวิจัย ให้ถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานวิจัย โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เวลาที่เหมาะสม การให้ค่าน้ำหนักของข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ การผสมผสานวิธีการ ความลึกซึ้งในทฤษฎีหรือวิธีการเปลี่ยนแปลงไป

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การตีความหรือแปลผลข้อมูล

ขั้นตอนที่ 7 การกระทำข้อมูลให้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปผลและการจัดทำรายงานการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

1. มีความยุ่งยากในการดำเนินการสำหรับนักวิจัยเพียงคนเดียวที่จะต้องดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะหากจะต้องดำเนินการในลักษณะของการเกิดพร้อมกันของการวิจัยทั้งสองประเภทในเวลาเดียวกัน อาจจำเป็นต้องมีทีมวิจัย
2. ผู้วิจัยต้องเรียนรู้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แล้วต้องรู้จักการผสมผสานวิธีให้เหมาะสม
3. เสียค่าใช้จ่ายสูง
4. ใช้ระยะเวลายาวนาน

วิธีวิจัยแบบผสมผสาน

เป็นการวิจัยในแนวทางแบบผสมผสานวิธี ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีคิดและระเบียบวิธีเชิงปริมาณและคุณภาพ ใช้การสังเกตกิจกรรมการร่วมกิจกรรมในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะๆ จากนักวิจัยและภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารโครงการและผู้ให้ข้อมูลสำคัญรวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้กำหนดนโยบายผู้รับผิดชอบและภาคีที่ดำเนินงานโครงการนี้ในพื้นที่ปฏิบัติการด้วย (เนาวรัตน์ พลายน้อย, 2549: 3)

วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) เป็นการออกแบบแผนการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายประการ ดังนี้ (วิโรจน์ สารรัตน์, 2545: 13)

1. เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลของการวิจัยเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

(2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) จะเน้นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มา มีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

(3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) จะเน้นการตรวจสอบว่าถ้ามีการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายแล้ว ข้อมูลที่ได้มาเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้วิจัยพบว่าไม่ว่าจะนำทฤษฎีใดมาใช้ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

2. เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น

3. เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ประเด็นที่ผิดธรรมดา ประเด็นที่ขัดแย้งหรือทศนะใหม่ ๆ เป็นต้น

4. เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการศึกษาในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เป็นที่ประโยชน์กับในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น

5. เพื่อเป็นการขยายให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) จำแนกเป็นสองลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดี่ยว (single application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (multiple application) โดยการผสมนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการที่นักวิจัยที่ใช้อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือในทางกลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Quantitative Research and Qualitative Research) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นวิธีค้นหาความรู้และความจริง โดยเน้นที่ข้อมูลเชิงตัวเลข การวิจัยเชิงปริมาณจะพยายามออกแบบวิธีการวิจัยให้มีการควบคุมตัวแปรที่ศึกษาต้องจัดเตรียมเครื่องมือรวบรวมข้อมูลให้มีคุณภาพจัดกระทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องให้เป็น

มาตรฐาน และใช้วิธีการทางสถิติช่วยวิเคราะห์และประมวลข้อสรุปเพื่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน (Error) น้อยที่สุด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549)

วัตถุประสงค์

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์ที่จะพยายามให้คำอธิบายปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยพยายามใช้แนวทางที่เรียกว่า ปฏิฐานนิยม (Positivism) การอธิบายปรากฏการณ์จึงเป็นการนำเสนอเชิงตัวเลข ทางสถิติ เช่น ร้อยละของประชากรที่อาศัยอยู่ในเมือง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจ เป็นต้น

ลักษณะของข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการศึกษาสภาพทั่วไปของสังคมโดยกำหนดตัวแปรต่างๆ เพื่อเก็บข้อมูลสถิติตัวเลข อาจเป็นข้อมูลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ การเสนอภาพรวมจะมี ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย

วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) จะเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ เน้นการเก็บข้อมูลจากคนจำนวนมาก เพื่อทำการวิเคราะห์และทดสอบทฤษฎีหรือสร้างทฤษฎีและให้ความหมายในเชิงวิชาการมากกว่าการศึกษาแง่มุมของชาวบ้าน

การตั้งสมมติฐานและการทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณจะเหมาะสมกับการทดสอบทฤษฎีด้วยวิธีการแบบอุปนัย (Deductive) แนวปฏิฐานนิยมเป็นหลัก

การทดสอบความแม่นยำตรงของข้อมูล (Validity) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Reliability)

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ใช้การเก็บข้อมูลจากคนจำนวนมากด้วยแบบสอบถาม คำถามในแบบสอบถามจึงจำเป็นต้องมีความชัดเจน

ระยะเวลา

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแยกออกจากการเก็บข้อมูลโดยเด็ดขาดได้ การวิเคราะห์ข้อมูลอาจให้เจ้าหน้าที่วิเคราะห์เชิงสถิติดำเนินการได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับชุมชนที่ไปศึกษา

ขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วย

1. การเลือกหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย (Research a Topic) ในขั้นตอนแรกผู้วิจัยจะต้องตัดสินใจให้แน่ชัดเสียก่อนว่าจะวิจัยเรื่องอะไร แล้วกำหนดเป็นหัวเรื่องที่จะวิจัย

2. การกำหนดปัญหาในการวิจัย (Formulating the Research Problem) เป็นการตั้งปัญหาในเรื่องที่ต้องการวิจัยเพื่อหาคำตอบ หรือเป็นการแจกแจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยต้องกำหนดขอบเขตของปัญหาให้ชัดเจน และเป็นปัญหาที่สามารถหาคำตอบได้

3. การสำรวจวรรณกรรม (Extensive Literature Survey) เป็นการทบทวนเอกสารต่างๆ แนวคิดทางทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อหาแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสำรวจให้แน่ใจว่าไม่วิจัยซ้ำกับผู้อื่น ทั้งนี้การวิจัยควรเน้นการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ใหม่

4. การตั้งสมมติฐานการวิจัย (Formulating Hypothesis) เป็นการคาดคะเนคำตอบของปัญหาในการวิจัย หรือคาดคะเนความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่จะศึกษาไว้ล่วงหน้าแล้ว จึงหาข้อมูลมาพิสูจน์

5. การออกแบบการวิจัย (Research Design) เป็นการวางแผนกำหนดวิธีการในการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของปัญหาในการวิจัย เช่นการเก็บข้อมูล การเลือกเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาที่ต้องใช้ในการวิจัย บุคลากรและงบประมาณที่จะใช้

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) เป็นการวางแผนว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร จะใช้ข้อมูลปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ และถ้าเป็นข้อมูลทุติยภูมิควรจะเก็บอย่างไร การสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ถ้าเป็นข้อมูลทุติยภูมิจะใช้ข้อมูลจากแหล่งใด

7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาบรรณาธิการความถูกต้อง (การตรวจสอบความถูกต้อง) และความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อน จึงทำการประเมินผลและวิเคราะห์ผลที่ได้และพิสูจน์กับสมมติฐานที่ตั้งไว้

8. การเขียนรายงานผลการวิจัยและจัดพิมพ์เผยแพร่ (Research Report) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องเขียนรายงาน เพื่อให้ผู้อื่นทราบถึงกิจกรรมที่ดำเนินในขั้นตอนต่างๆ และสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเขียนรายงานตามรูปแบบของการเขียนรายงานการวิจัย และเขียนด้วยความซื่อสัตย์ในสิ่งที่ค้นพบ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นวิธีค้นหาความจริงจากเหตุการณ์ และสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ตามความเป็นจริง โดยพยายามวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Insight) จากภาพรวมของหลายมิติ ความหมายนี้จึงตรงกับความหมายของการวิจัยเชิงธรรมชาติ (Naturalistic Research) ซึ่งปล่อยให้สภาพทุกอย่างอยู่ในธรรมชาติ ไม่มีการจัดกระทำ (Manipulate) สิ่งที่เกี่ยวข้องใดๆ เลย

วัตถุประสงค์

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ทางสังคม (Contextual) ซึ่งปรากฏการณ์ทางสังคมบางประการ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลธรรมดาทั่วไปได้ จึงต้องพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมต่างๆ เพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่นักวิจัยต้องการศึกษา

ลักษณะของข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีความต้องการข้อมูลที่รอบด้าน (Holistic) เพื่อเข้าใจบริบทของสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของงานวิจัย ที่ต้องการศึกษาชุมชนหรือสังคมอย่างรอบด้าน มีการเก็บรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง ความเชื่อ พิธีกรรมอย่างละเอียด มีการวิเคราะห์ข้อมูลวัฒนธรรมและสังคมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสังคมและวัฒนธรรมทั้งหมด

วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลขนาดเล็กไม่เน้นการสำรวจจากคนจำนวนมาก เทคนิคการวิจัยไม่แยกขั้นตอนของการเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลออกจากกัน การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสังเกตและการสัมภาษณ์ นอกจากนี้การเข้าไปอยู่ในชุมชน จะช่วยให้ได้ข้อมูลหลายด้านมากขึ้น

การตั้งสมมติฐานและการทดสอบสมมติฐาน

ไม่เน้นการตั้งสมมติฐาน แต่ถ้ามีสมมติฐานนั้นก็อาจปรับได้ตลอดเวลา ถ้าข้อมูลที่ได้นั้นชี้ให้เห็นว่าสมมติฐานที่ตั้งไว้ไม่สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริง

การทดสอบความแม่นยำของข้อมูล (Validity) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Reliability)

การวิจัยเชิงคุณภาพ จะไม่เน้นการใช้แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือได้และความถูกต้องของข้อมูลจะทำโดยนักวิจัยในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ โดยดูว่าคำตอบที่ได้มาสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสังคมนั้นๆ หรือไม่

ระยะเวลา

ใช้เวลาในการศึกษานานมากทำให้ดูเหมือนได้งานน้อย แต่มีความลึกซึ้ง เพราะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องวิเคราะห์ข้อมูลในขณะที่เก็บข้อมูลในสนาม เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลถูกต้องครบถ้วนหรือไม่

ขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย

1. การกำหนดปัญหาในการวิจัย ปัญหาที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมี 2 ประเภท ได้แก่ การวิจัยลักษณะทั่วไปของปรากฏการณ์ และการวิจัยลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น การวิจัยเพื่อหา

สาเหตุ ปัจจัยกำหนด กระบวนการ และผลกระทบ เป็นต้น ทั้งนี้การศึกษาปรากฏการณ์เหล่านี้จะต้องเป็นการศึกษาที่มองรอบด้านและคำนึงถึงบริบท (Context) ของปรากฏการณ์นั้นๆ

2. การสำรวจวรรณกรรม ผู้วิจัยต้องสำรวจวรรณกรรมเพื่อทบทวนว่ามีผู้ใดทำวิจัยในหัวข้อที่ศึกษาหรือยัง และสรุปแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และที่เคยมีผู้ใช้มาก่อน เพื่อนำมาเป็นเครื่องมือแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดกว้าง ๆ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการวิจัยเพื่อหาข้อสรุป หรือตั้งสมมติฐานจากข้อเท็จจริงที่พบจากการวิจัย ผู้วิจัยมีบทบาทสำคัญในการเก็บข้อมูลที่จะได้มาจากการสังเกต จดบันทึก สัมภาษณ์ และข้อมูลเอกสาร ดังนั้นผู้วิจัยต้องกำหนดตัวอย่าง และสนาม (หรือพื้นที่) ของการวิจัยให้ชัดเจน และต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นบริบทของข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะผู้วิจัยจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ และใช้เทคนิคการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความละเอียดเกี่ยวกับโลกทัศน์ ความรู้สึก ค่านิยม ประวัติดุลักษณะ

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอรายงานผลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้วิธีการจำแนกและจัดระบบข้อมูลเพื่อตอบคำถามว่า คืออะไร เป็นอย่างไร และหาความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะเงื่อนไข เพื่อดูสาเหตุความสัมพันธ์กระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางสถิติ หรือใช้เพื่อรวบรวมจัดหมวดหมู่

กล่าวโดยสรุปคือ การวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) เป็นการวิจัยที่มุ่งหาข้อเท็จจริงและข้อสรุปเชิงปริมาณ เน้นการใช้ข้อมูลที่เป็นตัวเลขเป็นหลักฐานยืนยันความถูกต้องของข้อค้นพบ และสรุปต่างๆ มีการใช้เครื่องมือที่มีความเป็นปรนัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นแบบสอบถามแบบทดสอบ การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดลอง เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยจะต้องลงไปศึกษาสังเกต และกลุ่มบุคคลที่ต้องการศึกษาโดยละเอียดทุกด้านในลักษณะเจาะลึก ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเป็นหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้การวิเคราะห์เชิงเหตุผลไม่ได้มุ่งเก็บเป็นตัวเลขมาทำการ

ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ

ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยรวมๆ แล้วหมายถึงคุณลักษณะของข้อมูลที่นักวิจัยรวบรวมมาใช้ในการศึกษาวิจัย มีข้อสังเกตว่าเราสามารถตั้งสมมติฐานต่างๆ กัน ในเรื่องธรรมชาติของความรู้ สมมติฐานที่แตกต่างกันนี้ได้ถูกแปลงไปเป็นการใช้ประเภทข้อมูลที่ต่างกัน นักวิจัยกลุ่มปฏิฐานนิยมตั้งสมมติฐานว่าเราสามารถสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ได้ ทั้งยังสามารถวัดและวิเคราะห์เป็นตัวเลขและในเชิงวัตถุวิสัยได้การใช้การวัดและวิเคราะห์เป็นตัวเลข เรียก

กันว่าเป็นแนวทางศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่การวิจัยที่เกี่ยวกับปริมาณที่สามารถวัดได้ ฉะนั้น เราอาจจะสนใจในความสัมพันธ์ระหว่างการลงทุนทางเศรษฐกิจในการกีฬา กับความสำเร็จในเวลาต่อมา เราอาจจะศึกษาเรื่องนี้โดยการวัดว่า เราได้ใช้จ่ายเงินลงทุนไปมากน้อยเท่าใดในกีฬานชนิดหนึ่ง (เช่น กีฬาฟุตบอล) และวัดผลการแข่งขันในกีฬาประเภทนั้นได้แก่ของการนับเหรียญรางวัลในการแข่งขันครั้งสำคัญๆ เช่น กีฬาโอลิมปิก เป็นต้น วิธีนี้จะทำให้เราได้ข้อมูลเป็นตัวเลขมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อที่จะกำหนดว่า ระหว่างตัวแปรทั้งสองนั้น มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ วิธีนี้ คือการวิจัยเชิงปริมาณ ตัวแปรนั้นสามารถวัดได้โดยตรงและแปลงไปใช้ในรูปของตัวเลขได้ง่าย ซึ่งจากนั้นก็ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ (ฉะนั้น จึงเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับกระบวนการที่ค้นแบบปฏิฐานนิยม)

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีเป้าหมายที่จะศึกษาในเชิงคุณภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจะวัดได้ คือ ไม่สามารถลดทอนลงเป็นตัวเลขได้ เช่น ความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์ เป็นต้น ซึ่งได้แก่ มโนทัศน์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางศึกษาความรู้แบบนัยนิยม การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ไม่ใช่ตัวเลข เพื่อที่จะบรรยายและเข้าใจมโนทัศน์เหล่านั้น เพราะฉะนั้น นักวิจัยอาจจะใช้แนวทางศึกษาทางเลือก เพื่อให้เข้าใจเจตนาของผู้ที่เข้าไปชมการแข่งขันต่างๆ โดยถามพวกเขาให้บอกเหตุผลว่าเพราะเหตุใดพวกเขาจะไม่เข้าชมการแข่งขันในอนาคต ความคิดดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยากจะแปลงเป็นตัวเลขได้อย่างมีความหมาย และด้วยเหตุนี้ข้อมูลในรูปของถ้อยคำที่นักวิจัยนำมาใช้ แปลเป็นตัวเลขได้อย่างมีความหมาย และด้วยเหตุนี้ข้อมูลในรูปของถ้อยคำที่นักวิจัยนำมาใช้แปลความหมายมีความเหมาะสมในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งไม่เหมือนกับเชิงปริมาณ ประเด็นเรื่อง “จำนวนเท่าไร” อาจจะไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ

การตัดสินใจที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) หรือเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ขึ้นอยู่กับธรรมชาติหรือลักษณะของคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยของแต่ละคน เห็นได้ชัดว่าถ้าเราสนใจในการวัดปรากฏการณ์บางอย่าง ถ้าอย่างนั้นเราจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ถ้าเราสนใจในความคิดหรือความรู้สึกของคนมากกว่า ถ้าอย่างนั้นสิ่งเหล่านี้ก็ยากที่จะทำให้เป็นเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพจะมีความเหมาะสมมากกว่า ไม่มีแนวทางศึกษาใดดีกว่าวิธีอื่น แต่ว่าแนวทางการศึกษาควรถูกกำหนดโดยคำถามการวิจัยมากกว่า ตัวอย่างเช่น อย่ายตัดสินใจที่จะเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพเพียงเพราะว่าเราไม่สบายใจกับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ จงแน่ใจในเสมอว่าแนวทางการศึกษาของเรามีความเหมาะสมกับคำถามวิจัย มากกว่าทักษะหรือความพอใจส่วนตัว

การผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เราอาจตัดสินใจที่จะใช้ข้อมูลผสมกันระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่ในเรื่องนี้มีความเห็นแตกต่างกัน นักวิชาการบางคนกล่าวว่าทั้งสองแบบเข้ากันไม่ได้เนื่องจากมันใช้สมมติฐานทางญาณวิทยาที่แตกต่างกัน นักวิชาการท่านอื่นกล่าวว่าเนื่องจากปัญหาข้อจำกัดด้านเวลา ความจำเป็นที่จะจำกัดขอบเขตของการศึกษาและความยุ่งยากของการตีพิมพ์ผลการศึกษานั้น นับเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่ใช้ข้อมูลผสมผสานกันทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การผสมผสานกันระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณอาจทำให้ได้ผลผลิตสุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองแบบอย่างเด่นชัด

อย่างไรก็ดี สิ่งสำคัญก็คือว่า แนวทางศึกษาของเราจะต้องเหมาะสมกับคำถามการวิจัย มากกว่าความพอใจส่วนตัวของเราเอง เราสามารถใช้วิธีผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพได้ในลักษณะต่อไปนี้

1. วิธีการหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการหนึ่ง ฉะนั้น งานวิจัยเชิงปริมาณส่วนหนึ่งอาจชี้ให้เห็นว่ามีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น ซึ่งจากนั้นจะสามารถอธิบายได้โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. วิธีทั้งสองศึกษาปัญหาเดียวกัน เราอาจใช้วิธีการเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างไม่ซับซ้อน (Simple) หรือข้อมูลตัวเลขจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ในขณะที่วิธีการเชิงคุณภาพอาจจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียดลึกจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กกว่า

สิ่งหนึ่งที่เราจะต้องพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรกก็คือว่า เรามีเวลาและทรัพยากรที่จะดำเนินการวิจัยแบบพหุวิธี (MultiMethods) คือ การใช้วิธีวิจัยต่างๆ เพื่อศึกษาคำถามการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์อย่างเดียวกัน) หรือแบบวิธีผสม (Mixed Methods) คือ ซึ่งใช้สองวิธีวิจัยศึกษา คำถามการวิจัยอย่างเดียวกัน) บ่อยครั้งที่วิธีการศึกษาเช่นนั้นต้องใช้เวลาและเงินมากกว่า และเรื่องนี้เป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาอย่างสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเรามีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและทรัพยากร

การวิจัยเชิงปริมาณ กับ การวิจัยเชิงคุณภาพ

Leedy และ Ormrod (2005: 104 อ้างถึงใน จุไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 4) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะของการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ในเชิงเปรียบเทียบสรุปสาระสำคัญได้ว่า โดยทั่วไป งานวิจัยเชิงปริมาณใช้เพื่อตอบคำถามที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยมีเป้าหมายที่จะ อธิบาย ทำนาย และควบคุม สถานการณ์ต่าง ๆ (ที่สนใจ) วิธีการนี้บางครั้งเรียกว่า traditional, experimental หรือ positivist approach ในด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ใช้เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ซับซ้อน มักใช้เพื่อเป้าหมายในการสร้างความเข้าใจหรือบรรยายปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้อยู่ในเหตุการณ์ วิธีเชิงคุณภาพนี้อาจเรียกว่าเป็น interpretive, constructive หรือ post positivist approach การวิจัยเชิงปริมาณ มักจะเริ่มต้นด้วย

การมีสมมุติฐานที่ต้องทดสอบ มีตัวแปรที่สนใจศึกษาชัดเจน มีการควบคุมตัวแปรภายนอกไม่ให้มาเกี่ยวข้องกับผลวิจัยที่กำลังศึกษา ใช้วิธีการมาตรฐานในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบต่าง ๆ ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ และหาข้อสรุปจากข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มักเริ่มต้นด้วยคำถามวิจัยทั่ว ๆ ไปมากกว่าจะเป็นสมมุติฐานที่เฉพาะเจาะจง ทำการรวบรวมข้อมูลที่เป็นคำพูดบรรยายจากผู้ร่วมเหตุการณ์ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็ก จัดการกับข้อมูลในลักษณะหาความสอดคล้องตีความ เพื่อหาคำอธิบายสถานการณ์ที่ศึกษา การวิจัยเชิงปริมาณมักจบลงด้วยการสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ทดสอบ ขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมักจบลงด้วยคำตอบที่เป็นแนวโน้ม หรือข้อเสนอสมมุติฐานที่ต้องการทดสอบต่อไปด้วย การทำวิจัยเชิงปริมาณ ในแนวทางดังกล่าววิธีเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ จึงมีลักษณะของการเสริมเติมเต็มในกระบวนการวิจัยซึ่งกันและกัน

Leedy (1993: 139-140 จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 4) รายงานว่า ในช่วงปลาย ค.ศ. 1950 การวิจัยทางจิตวิทยาใช้วิธีเชิงคุณภาพมาก่อนเป็นส่วนใหญ่ เพราะในช่วงนั้นการวัดเชิงปริมาณของตัวแปรต่างๆ ยังไม่เจริญ จนหลัง ค.ศ. 1960 วิธีการวัดเจริญมากขึ้น การวิจัยเชิงปริมาณจึงเป็นที่นิยมมากจนปัจจุบัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการวิจัยเชิงปริมาณเกิดขึ้นในช่วง ค.ศ. 1960 นั้นเอง ตั้งแต่นั้นมา วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณจึงปรากฏควบคู่กัน

การวิจัยเชิงคุณภาพได้รับความสนใจมากขึ้นก็เพราะนักวิจัยเริ่มตระหนักว่า มิใช่ทุกปัญหาวิจัยจะหาคำตอบได้ด้วยวิธีเชิงปริมาณ บางปัญหาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพอาจหาคำตอบได้ดีกว่า การวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดเด่นอย่างน้อย 5 ประการ ตามที่ Kerlinger และ Lee (2000: 589 จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 4) ระบุไว้ได้แก่

1. ใช้การสังเกตโดยตรง หรือการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างในการศึกษากับสภาพการณ์จริง
2. นักวิจัยค้นหาความเชื่อมโยงทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเหตุการณ์
3. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีโครงสร้างน้อยกว่าการวิจัยเชิงปริมาณ จึงสามารถยืดหยุ่นได้มากกว่า
4. นักวิจัยเชิงคุณภาพอาจทำการปรับวิธีการได้ตลอดช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. นักวิจัยยังอาจพัฒนาสมมุติฐานขึ้นได้ระหว่างกระบวนการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีความเป็นธรรมชาติเน้นการมีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับการตีความตามแนวความคิดของนักวิจัยที่มีประสบการณ์ (Creswell, 1998; Glesne & Peshkin, 1992 อ้างถึงใน จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 4) เห็นว่า การออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความเหมาะสมสำหรับการตอบคำถามที่ต่างกันในแง่ของการแสวงหาคำตอบ เราได้ความรู้ที่กว้างขวางขึ้นเมื่อเราใช้ 2 วิธีการ คือ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในงานวิจัยหนึ่งๆ

มากกว่าที่เราจะจำกัดตัวเองอยู่เพียงวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงวิธีเดียว ฉะนั้นถ้านำวิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพมาเสริมกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณก็น่าจะทำให้งานวิจัยมีพลังในการแสวงหาคำตอบได้มากยิ่งขึ้น

เพราะเหตุใดจึงต้องมีการเสริมกันระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ

เหตุผลประการแรก ก็เพราะทั้งสองวิธีการต่างมีความสำคัญ ซึ่ง Datta (1994 จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 5) เห็นว่ามีอย่างน้อย 5 ประการคือ 1) ได้มีการใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพมานานแล้ว 2) นักวิจัยและนักประเมินจำนวนมากใช้ทั้งสองวิธีดังกล่าว 3) แหล่งทุนได้ให้การสนับสนุนทั้งสองวิธี 4) ทั้งสองวิธีต่างมีอิทธิพลในเชิงนโยบาย และ 5) มีการสอนกันมากทั้งสองวิธีในสถาบันต่าง ๆ เหตุผลประการที่สอง เพราะทั้งสองวิธี ต่างก็มีข้อจำกัดในตัวเอง (Tashakkori & Teddlie, 1998: 97 อ้างถึงใน) กล่าวคือ จุดอ่อนของการวิจัยเชิงปริมาณก็คือบางครั้งดำเนินการในห้องทดลอง หรือสถานการณ์ที่สร้างขึ้น แม้จะมีการควบคุมอย่างดีแต่บางครั้งผลไม่อาจสรุปอ้างอิงไปยังสภาพที่เป็นธรรมชาติได้ ในทางตรงข้ามการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาในสภาพธรรมชาติ ซึ่งผลของการวิจัยอาจเป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงเสียจนไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปสู่บริบทอื่นได้

ด้วยข้อแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าว ทำให้ไม่มีเหตุผล ที่จะทำให้นักวิจัยต้องเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อการศึกษาในแต่ละครั้ง นักวิจัยอาจเลือกทั้งสองวิธีการประกอบกัน ซึ่งอาจเรียกว่าเป็น a mixed method design กล่าวได้ว่าทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพต่างมีความสำคัญ ต่างมีจุดเด่นและมีข้อจำกัดของตนเอง ถ้าได้นำมาเสริมกันจะช่วยเพิ่มจุดเด่นและลดจุดอ่อน เพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัย และความครอบคลุมชัดเจนของผลการวิจัยยิ่งขึ้น

ขณะที่ Padgett (1998 อ้างถึงใน Kerlinger & Lee, 2000: 592 จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 5) ได้ออกแบบการวิจัยที่ผสมผสานระหว่าง 2 วิธี เป็น 3 แบบ การผสม 2 วิธีที่เป็นเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ เข้าด้วยกันเรียกว่า วิจัยแบบพหุวิธี (multimethods) โดยสาระสำคัญคือ

วิธีที่ 1 เริ่มต้นด้วยวิธีเชิงคุณภาพแล้วดำเนินการด้วยวิธีการเชิงปริมาณแล้วกลับไปใช้เชิงคุณภาพอีก วิธีเชิงคุณภาพใช้เพื่อสำรวจกำหนดความคิด สมมุติฐาน และตัวแปร ที่อยู่ในกรอบความคิดของนักวิจัย ซึ่งทำได้โดยใช้การสังเกต สัมภาษณ์ หรือ focus group จากความคิดรวบยอดที่ได้จากการศึกษาส่วนของเชิงคุณภาพนี้ สามารถศึกษาต่อได้ด้วยวิธีการเชิงปริมาณและทำการทดสอบสมมุติฐาน จากนั้นอาจเชื่อมโยงผลขั้นสุดท้ายกับสภาพที่เป็นจริง ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

วิธีที่ 2 ใช้วิธีเชิงปริมาณในขั้นแรก และตามด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ผลจากส่วนการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับส่วนที่เป็นเชิงคุณภาพต่อไป Padgett (1998 อ้างถึงใน Kerlinger & Lee, 2000: 592 อ้างถึงใน จูไรรัตน์ ทองคำชื่นวิวัฒน์, 2556: 5) เห็นว่าการศึกษาเชิง

ปริมาณจำนวนมากสามารถใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิธีการเชิงคุณภาพสามารถตอบคำถามบางคำถามที่ไม่อาจตอบได้โดยการศึกษาระดับปริมาณ

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า พัฒนาการของการใช้วิธีการวิจัยนั้น เริ่มตั้งแต่ monomethod study สู่ mixed method study จนถึง mixed model study ซึ่งมีความซับซ้อนและใช้ระเบียบวิธีขั้นสูงยิ่งขึ้น

ตั้งแต่อีก่อน ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (ค.ศ. 2009) ซึ่งก็สิบกว่าปีแล้ว วิธีการวิจัยได้เจริญก้าวหน้าไปมากจนกล่าวได้ว่า ในขณะนี้รูปแบบหลักของการวิจัยมี 3 รูปแบบ คือ การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) สิ่งที่มาผสมกันในรูปที่สามนี้ คือ การวิจัย 2 รูปแบบแรกนั่นเอง การผสมของสองรูปแบบแรกนี้อาจเป็นการผสมครั้งต่อครั้งหรือการผสมแบบมีรูปแบบหลักร่วมกับรูปแบบรอง

สรุป การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เทคนิควิธีวิจัยแบบนี้เป็นการนำเทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณและ เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาผสมผสานกันในการทำวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อที่จะตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้นกว่าในอดีต มีพื้นฐานแนวคิด จากการหลอมรวมปรัชญาของกลุ่มปฏิฐานนิยม และกลุ่มปรากฏการณ์นิยมเข้าด้วยกัน อาจเรียกว่าเป็นกลุ่มแนวคิดของกลุ่มปฏิบัตินิยม (Pragmatist) ซึ่งมีความเชื่อว่าการยอมรับธรรมชาติของความจริงนั้นมีทั้งสองแบบตามแนวคิดของนักปรัชญาทั้งสองกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เลือกแบบเชิงปริวรรตเป็นลำดับ (Sequential Transformative) การวิจัยรูปแบบนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ/เชิงปริมาณก่อนในระยะที่หนึ่ง แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพพัฒนาระบบในระยะที่สอง โดยทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไตที่คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญพัทธ์ พงศ์วิวัฒน์ และคณะ (2560) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรศาสตร์พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 19 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=

4.10, SD = 9.28) มีเพียงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา การไม่ลดขนาดยาหรือหยุดยาเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.36, SD = 1.70) คุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 88.57, SD = 11.79) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศอายุอาชีพ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรสและรายได้เฉลี่ย/เดือน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์และพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต

สรุปได้ว่า การพัฒนาคลินิกปลูกถ่ายไตแบบบูรณาการทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการและนักจิตวิทยา เป็นต้น ในการให้ความรู้ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับการปลูกถ่ายไตโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาวช่วยให้ผู้รับการปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมี พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับการปลูกถ่ายไตเริ่มตั้งแต่การประเมินได้ว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความพร้อม และแพทย์มีข้อวินิจฉัยสมควรให้ได้รับการปลูกถ่ายไต ที่เป็นรูปธรรมและสามารถประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง

นุจนาฎ รินทวธ และคณะ (2563) ได้ศึกษาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้ ร้อยต่อโรงพยาบาลขอนแก่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้ร้อยต่อของโรงพยาบาลขอนแก่นวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 26 คน ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต 26 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์สรุปภาพรวม ของปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 4) ประเมินผล เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแล คือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่ มีอยู่เดิม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบสอบถามความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัวหลังจากการปลูกถ่ายไต แบบบันทึกตัวชี้วัด ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตและผู้ให้บริการต่อระบบการดูแล ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้ร้อยต่อ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษาพบว่า 1) ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้ ร้อยต่อที่พัฒนาขึ้น 2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไม่พบว่ามีกรณีเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วย ไม่พร้อม อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตลดลงจาก ร้อยละ 21.24 เป็นร้อยละ 14.28 เฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 10 วันเป็น 6 วัน อัตราการรอด ของไตใหม่และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.71 เป็นร้อยละ 100 ผู้ให้บริการมี แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้ร้อยต่อ จาก ผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการติดตามใช้ระบบการให้คำปรึกษาเครือข่ายทั้งภายใน

โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการใกล้บ้านอย่างต่อเนื่อง ได้แก่การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้ระบบ line กลุ่มการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต หรือการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตที่รวดเร็วขึ้น

จันทร์เพ็ญ ผลวงษ์ (2555: 79) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรีการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 ราย และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลแบบปกติ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานก่อนวันมาตรวจ เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานและแผนการสอน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติตน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีความสามารถในการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีการนำรูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานมาใช้ในการพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตนในการเตรียมตัวตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานได้ถูกต้อง

อภัย สุขเจริญ (2556: 51) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง เพื่อพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เปรียบเทียบความแตกต่างความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน และหลังการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) หาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975) หาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t – test จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยภายหลังพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ลดลงกว่าก่อนพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นโดยรวมอยู่ในระดับมากและในรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอภัยภัยของผู้ให้บริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ อยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่าการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น ช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นนี้ไปใช้เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการเตรียมตรวจอื่นๆ เพื่อให้งานบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สุพัฒน์ อาสนะและคณะ (2562) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง จำนวน 360 ราย เป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 72 ราย และผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 288 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (KDQOL-36) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่า $X \pm S.D.$ ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม เท่ากับ 59.43 ± 12.60 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) อยู่ในระดับต่ำ (55.76 ± 13.95) คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านโรคไต (SF-36) อยู่ในระดับปานกลาง (63.11 ± 13.26) ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือ ด้านอาการทางร่างกาย (19.89 ± 10.82) และด้านการนอนหลับ (45.64 ± 14.53) ด้านที่มีระดับคะแนนสูงคือ ด้านสุขภาพด้านจิตใจ (71.50 ± 21.16) ด้านบทบาททางด้านร่างกาย (71.87 ± 31.66) ด้านอิสระในการเดินทาง (72.91 ± 27.75) ด้านเพศสัมพันธ์ (78.81 ± 31.98) และด้านภาพลักษณ์

(78.47±23.47) ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่า $X \pm S.D.$ ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม เท่ากับ 50.58±9.79 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) อยู่ในระดับต่ำมาก (45.40±11.35) คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านโรคไต อยู่ในระดับต่ำ (55.75±11.55) ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือ ด้านอาการทางร่างกาย (24.43±11.73) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (45.64±23.52) ด้านการนอนหลับ (45.76±15.45) ด้านสุขภาพทั่วไป (46.52±30.45) และด้านการทำงาน (48.95±36.78) ด้านที่มีระดับคะแนนสูงคือด้านภาพลักษณ์ (71.26±24.89) และด้านเพศสัมพันธ์ (74.94±33.52)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี HD และ CAPD ทั้งสองกลุ่มจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ควรมีโอกาสกรรมการเสริมสร้างความรู้และสร้างความตระหนัก ให้กับผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค การดำเนินของโรคการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างสม่ำเสมอจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องได้ในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า โรคไตวายเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมูลค่าสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายก็มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การปลูกถ่ายไต การปลูกถ่ายไตนั้น เป็นการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากที่สุดและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติ

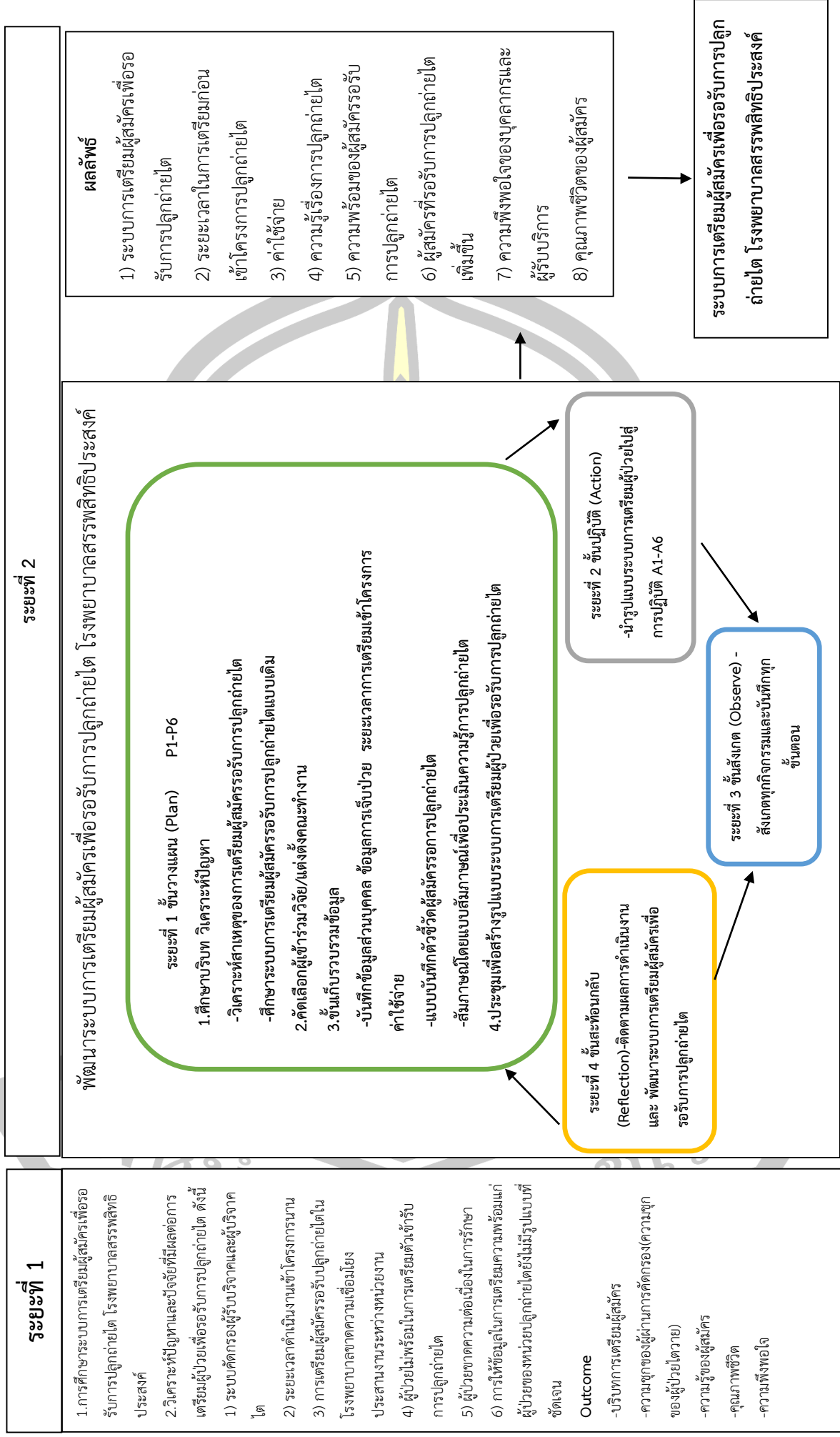
ผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต จะมีความวิตกกังวลต่อการรักษาเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นวิตกอดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ซึ่งเกิด จากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุณค่าความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกายจิตใจและพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามระดับความรู้สึกนั้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อสถานะโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาและผลของการรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษา ด้วยการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้รอรับการปลูกถ่ายไตโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา ที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาวช่วยให้ผู้รอรับการปลูกถ่ายไต สามารถปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วย มีความพร้อมสำหรับการได้รับการปลูกถ่ายไตในทุกเวลา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไต โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อน

การปลูกถ่ายไต ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ที่เกิดจากการเตรียมตัวไม่พร้อม โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติที่มีความสำคัญและจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ในเรื่องความพึงพอใจในการใช้บริการนั้นเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผล เกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆ นั้น ซึ่งอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975: 52-80) ได้ชี้ถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับการบริการ คือ 1) ความพึงพอใจต่อ ความสะดวก 2) ความพึงพอใจต่อการประสานงาน 3) ความพึงพอใจต่อ อัยาศัยของผู้ให้บริการ 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และ 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ดังนั้นการรักษาที่มีคุณภาพจึงเป็นการบริการที่ผู้รับบริการหวังจะได้รับ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประทับใจ

ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในรูปแบบต่างๆ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนก่อน และหลังการปลูกถ่ายไตได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการปลูกถ่ายไตทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต โดยพยาบาลจะต้องศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากรายงานประจำตัวผู้ป่วยหรือจากการพูดคุยซักถามโดยตรงจากผู้ป่วย ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการ อันนำไปสู่การได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และส่งผลให้การปลูกถ่ายไตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยใช้สถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีประชากรของการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แพทย์พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายไต เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

2.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) โดยการใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยใช้กรอบตามแนวคิดการจัดการดูแลเชิงระบบตามแนวคิดของ Katz and Kahn (1978 อ้างถึงใน) โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Outcome) ดังภาพประกอบที่ 5



ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะขออธิบายวิธีการโดยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ มีรายละเอียดประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ขั้นตอนการวิจัย
3. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
5. การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้
6. ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่

3.1.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ใน 3 ประเด็น บริบทการดำเนินงาน ความสุขผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

3.1.2 ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart อ้างถึงในวีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นการวางแผน (Planning)
- 2) ขั้นปฏิบัติการ (Acting)
- 3) ขั้นสังเกต (Observing)
- 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting)

3.2 ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต และปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตก่อนการพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้ได้ประเด็นในการจัดทำแนวคำถามสำหรับการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์และเพื่อเป็นการเติมเต็มข้อมูล ตลอดจนเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

2) ศึกษาข้อมูลจากคลินิกปลูกถ่ายไต การดำเนินงาน ด้านการเตรียมสมัครเข้าปลูกถ่ายไต

3) การสังเคราะห์ข้อมูลการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นร่างสถานการณ์การปลูกถ่ายไต ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเกี่ยวกับการเตรียมรอรับการปลูกถ่ายไตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระบบการเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อการปลูกถ่ายไต

4) การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เตรียมรอรับการปลูกถ่ายไต แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ขณะรอไตและหลังการปลูกถ่ายไต ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการการเตรียมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สำหรับเก็บข้อมูลทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ในคลินิกปลูกถ่ายไต โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลสถานการณ์การปลูกถ่ายไต บริบทเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดำเนินการที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย ที่อายุรแพทย์โรคไตพิจารณาว่ามีความเหมาะสมเข้าโครงการรอปลูกถ่ายไตได้

5) นำข้อมูลจากข้อ 4) มาวิเคราะห์ตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระบบการเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อการปลูกถ่ายไต

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้ข้อมูลจากผลการวิจัย ระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนร่วมพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้กรอบ แนวคิดของ Kemmis, McTaggart และ Nixon; 2014) กระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การนำเสนอข้อมูลจากผลการวิจัย ระยะที่ 1 ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย แพทย์ประจำคลินิกปลูกถ่ายไต พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยปลูกถ่ายไต อายุรแพทย์โรคไต ศัลยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักจิตวิทยาคลินิก นักร้องสี เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด เจ้าหน้าที่ห้องเจาะเลือด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้แทนผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ในวันที่ 1 เมษายน 2565 เวลา 09.00-15.00 น. ณ ห้องประชุมดอกปีป ตึกฟ้า ชั้น 8

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) การสร้างรูปแบบพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วย เพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ในช่วงเดือนเมษายน 2565

2) การสร้างรูปแบบระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยระยะที่ 2 โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) นำมาสร้างรูปแบบระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดก่อนระหว่างและหลังการดำเนินงาน โดยใช้ CIPP Model (Stufflebeam et al., 2000) เพื่อประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) จากนั้นนำมาสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) และประเมินเครื่องมือ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต คั้นข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดการความรู้ในการดำเนินการรอบที่ 1 เพื่อทราบถึงผลสำเร็จไม่สำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปสู่การวางแผนดำเนินการวางแผนการปฏิบัติงานนำไปสู่การปรับแผนระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการปลูกถ่ายไตต่อไป

3.3 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตรม. (โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5) ต้องการรอรับอวัยวะบริจาค และผ่านการบำบัดทดแทนไตมาแล้วทุกราย เตรียมสมัครเข้าโครงการเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทั้งจังหวัดอุบลราชธานี ในเขตสุขภาพที่ 10 และเขตรอยต่อของจังหวัดใกล้เคียง และได้รับพิจารณาโดยอายุรแพทย์โรคไตว่ามีความเหมาะสมเข้ารอการปลูกถ่ายไตได้หรือไม่ โดยคำนึงจากการคาดหมายคงชีพ (Life Expectancy) ของผู้ป่วย ความคุ้มค่าของการใช้ไตปลูกถ่ายให้ได้ประโยชน์สูงสุด และควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team)

2) ทีมสหวิชาชีพ ที่ดำเนินงานศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หัวหน้าศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ หัวหน้าดำเนินงานฝ่ายดูแลผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ อายุรแพทย์โรคไต ศัลยแพทย์ผ่าตัด จิตแพทย์ สูตินรีแพทย์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก เกสซกร หอผู้ป่วยไอซียู ห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แผนกรังสีวิทยา นักโภชนาการ ห้องปฏิบัติการ ธนาคารเลือด งานสารสนเทศจัดการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และจัดเก็บข้อมูล

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยนี้มี 2 ระยะ จึงนำเสนอกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1.1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาการเตรียมผู้สมัครสำหรับเข้ารอรับการปลูกถ่ายไต ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ได้แก่

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตัวอย่าง ได้แก่

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- (1) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ และเตรียมผู้ป่วยสำหรับเข้ารับการปลูกถ่ายไต มากกว่า 1 ปี
- (2) กำลังปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การวิจัยในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล
- (3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ
- (2) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ
- (3) มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
- (4) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย
- (5) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดในการวิจัย

1.2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาการเตรียมผู้สมัครสำหรับเข้ารับการปลูกถ่ายไต ทำการศึกษาในประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยอายุรแพทย์โรคไตพิจารณาว่ามีความเหมาะสม ผ่านเกณฑ์เข้าเตรียมสมัครรอรับไตได้ (Waiting list) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

(Pre waiting list)

- (1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านเกณฑ์เข้าเตรียมสมัครรอไตได้
- (2) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี
- (3) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
- (2) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ
- (3) มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
- (4) ย้ายโรงพยาบาลออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย
- (5) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดในการวิจัย
- (6) เสียชีวิตในระยะเตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต (Pre waiting list)

2) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 พัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นพื้นที่ปฏิบัติการและคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในระยะที่ 2 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1) ทีมสหวิชาชีพ ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีทั้งหมด จำนวน 20 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

- (1) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ และเตรียมผู้ป่วยสำหรับเข้ารับการปลูกถ่ายไต มากกว่า 1 ปี

(2) กำลังปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่การวิจัยในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล

(3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

(1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

(2) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

(3) มีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน

(4) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย

(5) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดในการวิจัย

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องการรอรับไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย โดยอายุรแพทย์โรคไตพิจารณาว่ามีความเหมาะสมเข้ารับคำแนะนำเพื่อเตรียมเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566 กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องการรอรับอวัยวะบริจาคที่ได้รับการพิจารณาโดยอายุรแพทย์โรคไตว่ามีความเหมาะสมสำหรับเข้าโครงการปลูกถ่ายไตได้ ผ่านการบำบัดทดแทนไตทุกราย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทั้งจังหวัดอุบลราชธานี ในเขตสุขภาพที่ 10 และเขตรอยต่อของจังหวัดใกล้เคียง

(2) ไม่เป็นผู้มีภาวะติดเชื้อเอชไอวี, ไวรัสตับอักเสบนชนิดซีและบี

(3) ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารโดยการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

(4) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ปกติโดยไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ผู้รักษา

(5) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี

(6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่ และเวลาถูกต้องขณะให้

ข้อมูล

(7) สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

(1) ผู้ป่วยขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

(2) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่

สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

(3) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนวิธีการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตชนิดอื่นๆ

(4) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล

(5) ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช (psychiatric illness) รุนแรง หรือยังคงใช้สารเสพติด (substance abuse) ซึ่งทีมผู้ให้รักษาพิจารณาแล้วว่าอาจมีผลต่อการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต

(6) ผู้ป่วยมะเร็งที่โรคมะเร็งยังไม่สงบ (active malignancy)

(7) ผู้ป่วยที่กำลังมีการติดเชื้อในร่างกาย (active infection)

(8) ผู้ป่วยที่มีโรคปอดขั้นรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (severe irreversible lung disease)

(9) ผู้ป่วยที่มีโรคเสื่อมสภาพของระบบประสาท (neurodegenerative disease) ที่ยังมีการดำเนินของโรคอยู่

(10) ผู้ป่วยที่มีโรคตามระบบ (systemic disease) ที่แพทย์พิจารณาว่าไม่เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไต

(11) ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามการรักษา (nonadherence) แม้ได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสม ซึ่งทีมผู้ให้รักษาพิจารณาแล้วว่าอาจมีผลต่อการดูแลตนเองหลังการปลูกถ่ายไต

(12) ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเตรียมรอรับการปลูกถ่ายไต

3.3 พื้นที่ในการวิจัย

คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอนำเสนอตามกลุ่มการวิจัย ซึ่งมี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่

1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สำหรับเก็บข้อมูลทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ในคลินิกปลูกถ่ายไต ในโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลสถานการณ์การปลูก

ถ่ายไต บริบทเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ดำเนินการที่ผ่านมาและปัจจุบันที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการระดมสมองของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยสมัครรับการปลูกถ่ายไต แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต คู่มือการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แนวทางการให้คำปรึกษา

2) แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ระบบการนัดผู้ป่วยเตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต ระยะเวลาในการเตรียมสมัครรอไต ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/รายได้/เดินทางอย่างไร/ใครผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวอื่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การวินิจฉัยโรค ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพรวม ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ

2.3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต ได้สร้างขึ้นจากแนวคิดคุณภาพชีวิตตามองค์การอนามัยโลก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ตาราง 2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เตรียมสมัครรอรับการปลูกถ่ายไต

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ดี
ด้านร่างกาย	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
ด้านจิตใจ	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
ด้านสิ่งแวดล้อม	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00

2.4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ขณะรอไตและหลังการปลูกถ่ายไต ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต เป็นแบบสอบถามความรู้ ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ สรุปหลักสำคัญความรู้ที่จำเป็นการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการปลูกถ่ายไต มีลักษณะการตอบแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่ และใช่ จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผิด	ให้คะแนน 0
ถูก	ให้คะแนน 1

ตาราง 3 เกณฑ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อเตรียมรอรับการปลูกถ่ายไต

คุณภาพชีวิต	ระดับความรู้			
	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ดี
ด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อเตรียมรอรับการปลูกถ่ายไต	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00
ความรู้โดยรวม	0-25.00	25.01-50.00	50.01-75.00	75.01-100.00

2.5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ได้ประยุกต์จากแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้บริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975) มีข้อคำถาม 18 ข้อ โดยประเมินความพึงพอใจ 6 ด้าน คือ

ด้านความสะดวก จำนวน 3 ข้อ

ด้านการประสานงาน จำนวน 3 ข้อ

ด้านอรรถยาของผู้ให้บริการ จำนวน 3 ข้อ

ด้านข้อมูลที่ได้รับ จำนวน 3 ข้อ

ด้านคุณภาพบริการ จำนวน 5 ข้อ

ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ จำนวน 1 ข้อ

แบบประเมินความพึงพอใจ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อยไม่พอใจ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มาก	หมายถึง	มีความรู้สึกความพึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกความพึงพอใจข้อความนั้นบางส่วน
น้อย	หมายถึง	มีความรู้สึกความพึงพอใจข้อความนั้นอยู่
ไม่พอใจ	หมายถึง	มีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับข้อความนั้นทั้งหมด

การแบ่งระดับของความพึงพอใจจากค่าเฉลี่ยคะแนน (Best, 1977) ดังนี้

ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด	ช่วงคะแนน	4.22 - 5.00
ความพึงพอใจระดับมาก	ช่วงคะแนน	4.22 - 4.21
ความพึงพอใจระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.61 - 1.74
ความพึงพอใจระดับน้อย	ช่วงคะแนน	1.81 - 2.60
ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด	ช่วงคะแนน	1.00 - 1.80

2.6) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และมีคำถามปลายเปิด สัมภาษณ์บุคลากรที่มสทริชชีฟ เกี่ยวกับลักษณะการบริการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ช่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการสร้างแบบสอบถามและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1) ศึกษาเนื้อหาตำรา เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุมทุกประเด็นที่ต้องการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ที่นำมาใช้ในการวิจัย

2) กำหนดขอบเขตของแบบสอบถาม ให้มีเนื้อหาตรงตามตัวแปรที่ต้องการวัด และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานงานวิจัย

3) สร้างแบบสอบถาม

4) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเอาแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความ

ถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและตามวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย จากนั้นนำมาแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่า Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป กำหนดค่าการยอมรับเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553)

การหาค่าความสอดคล้องแบบ IOC หาค่าความตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อความถาม จะประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ด้านวัดผล ประเมินผล ด้านวิจัย และด้านการใช้ภาษา ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมี 3 ประเด็น คือ เหมาะสม ไม่เหมาะสม และไม่แน่ใจ โดยกำหนดให้คะแนนการพิจารณาตัดสิน ดังนี้

คะแนน (+1) เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามและคำตอบตรงหรือสอดคล้องกับนิยามตัวแปรการวิจัย

คะแนน (0) เมื่อไม่แน่ใจว่า หรือข้อคำถามมีลักษณะคลุมเครือไม่ชัดเจน

คะแนน (-1) เมื่อแน่ใจว่า ข้อคำถามไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม พิจารณาข้อคำถามนั้นๆ วัดได้ตรงหรือสอดคล้องหรือไม่

ถ้าเห็นด้วย ให้ค่า = 1

ไม่เห็นด้วย ให้ค่า = -1

ไม่แน่ใจ ให้ค่า = 0

5) ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 5 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำข้อมูลที่ได้จากทดสอบมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคจะต้องได้เท่ากับ 0.70 ขึ้นไป แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดเนื้อหาเดียวกันและมีความสอดคล้องกันทุกข้อ

3.5 การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว รายละเอียด ดังนี้

- 1) จัดประชุมชี้แจงโครงการ แผนการวิจัย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บข้อมูลในพื้นที่แก่บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- 2) อบรมผู้ช่วยนักวิจัย 2 คน
- 3) ทำหนังสือแจ้งพื้นที่การวิจัยเพื่อแจ้งแผน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่กรณีเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ด้วยแบบสอบถาม
- 4) หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว เลือกรุ่นตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่อายุแพทย์โรคไตพิจารณาว่ามีความเหมาะสมเข้ารับคำปรึกษาเตรียมเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ที่มารับการตรวจรักษาตามวันนัด ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 15.00 น.
- 5) ขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอตรวจ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบว่าตรงกับคุณสมบัติที่ตั้งไว้หรือไม่ และบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 6) หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างไปที่ห้องที่จัดเตรียมไว้เพื่อใช้เก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 ราย ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของแบบสอบถาม จำนวนข้อคำถามและลักษณะการตอบแบบสอบถาม
- 7) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนทำแบบสอบถาม แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม และบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาแต่ละราย 20 – 30 นาที
- 8) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเป็นรายบุคคล ที่คลินิกปลูกถ่ายไต
- 9) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อแผ่นความรู้ สอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลในเตรียมความพร้อมรอปลูกถ่ายไต และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและตอบข้อสงสัย
- 10) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรอไตและหลังการปลูกถ่ายไต ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการเตรียมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต
- 11) เมื่อได้ข้อมูลครบแล้วดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

12) ติดตาม รวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูล เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.5.2 การบันทึกข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยนักวิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม จากนั้นบันทึกลงในโปรแกรม Excel แล้วจะทำการตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย นำข้อมูลการสนทนา การประชุมกลุ่ม มาร่วมแลกเปลี่ยน และทำการถอดเทป สรุปเป็นประเด็นตามหัวข้อสนทนา

3.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ความรู้ เรื่องการปลูกถ่ายไต และการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่เตรียมเข้ารับการปลูกถ่ายไต ค่าใช้จ่ายในการเตรียม ระยะเวลาในการเตรียมตัว วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนาแบบทางการและไม่เป็นทางการ จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน การถอดบทเรียน การจัดการความรู้ ประชุมกลุ่มเฉพาะ ที่ได้ตรวจสอบแล้วนำมาวิเคราะห์ประกอบกัน โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มเฉพาะ ที่ได้ตรวจสอบ แล้วนำมาวิเคราะห์ประกอบกัน โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูลที่ได้จากรายงานผล ระยะเวลาการเตรียมก่อนเข้าโครงการปลูกถ่ายไต คุณภาพชีวิต ความรู้เรื่อง การปลูกถ่ายไต และการดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย ความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการปลูกถ่ายไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละ คำนวณความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ เตรียมเข้ารับการปลูกถ่ายไต โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มเฉพาะ ที่ได้ตรวจสอบแล้วนำมาวิเคราะห์ประกอบกัน โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3.6 ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย ได้แก่

3.6.1 ก่อนดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนผู้เก็บข้อมูลจะต้องชี้แจงกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และอธิบายชี้แจงขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงให้

ทราบว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและอนาคต ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้

3.6.2 ก่อนดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างจะต้องเซ็นหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมโครงการการวิจัย

3.6.3 การเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยเคร่งครัด อยู่ในสถานที่ปลอดภัย และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจนสามารถระบุตัวตนอันจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสูญเสียความเป็นส่วนตัว

3.6.4 การแปลผลและนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม

3.6.5 การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 051-044/2565 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต และปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

4.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ระยะนี้เป็นการศึกษาบริบทการดำเนินงานผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไต และปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต รายละเอียด ดังนี้

4.1.1 บริบทการเตรียมผู้สมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไต

การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ต้องการส่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าโครงการปลูกถ่ายไต (กรณีรอไตบริจาค) กับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลต้นสังกัด ในเขตสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลมีหลายสังกัด เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน มีระบบในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายกัน ด้านให้บริการพบว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้นที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมโรคไตในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไต เช่น การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง แต่ส่วนโรงพยาบาลชุมชน จะมีพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ดูแลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง ภายใต้การดูแลอายุรแพทย์ทั่วไปยังไม่มีระบบการรักษาด้านการปลูกถ่ายไต จึงต้องส่งต่อเพื่อการรักษา มีระบบแนวทางการต่อส่งที่ชัดเจนจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัดสู่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อายุรแพทย์โรคไตต้นสังกัดจะประเมินคัดกรอง ตรวจเบื้องต้นที่ควรนำมาด้วย ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ตามที่กำหนดในแบบฟอร์ม Pre waiting list investigation และผู้ป่วยทุกสิทธิ์ต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด

2) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ด้านการให้บริการ พบว่า มีคลินิกชะลอไตเสื่อมคลินิกโรคไต คลินิกปลูกถ่ายไตให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประสานงานปลูกถ่ายไตทั้งผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายในระดับตติยภูมิแห่งเดียวในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เริ่มทำการปลูกถ่ายไต ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยรับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) และรับไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย (Deceased donor) และให้บริการผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการรักษาต่อเนื่อง คัดกรองและติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยขณะรอรับและหลังการปลูกถ่ายไต มีทีมสหสาขาในการร่วมดูแล ยังขาดการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับพยาบาล OPD ล่าช้าในการคัดกรองก่อนพบแพทย์

3) หน่วยไตเทียมสรรพสิทธิ (แผนกคลินิกปลูกถ่ายไต) ด้านการให้บริการ พบว่า เปิดทำการวันราชการ เวลา 08.00 – 16.00 น. ให้บริการปลูกถ่ายไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อายุ 15 ปี ถึง 65 ปี และให้บริการผู้ป่วยปลูกถ่ายไตได้รับการรักษาต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต คัดกรองและส่งเสริม ติดตามการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน ขณะรอรับ และหลังปลูกถ่ายไต ประสานงานเมื่อมีผู้บริจาคไตกับคณะแพทย์ผู้ผ่าตัดทั้งในส่วนการผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับอวัยวะ ตั้งแต่การเตรียมการผ่าตัดจนถึงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังผ่าตัด ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตรวจสอบข้อมูลสิทธิการรักษาจัดทำเบิกจ่ายค่าเตรียม ค่าผ่าตัด ค่ายากดภูมิ และประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อม ความสมบูรณ์ของเอกสารสำคัญ รวมทั้งการดูแลงานสถิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไต ระบบส่งปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ประสานงานไม่ครบถ้วนระยะเวลาดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตใช้เวลานาน ระบบการเตรียมการประสานงานขาดความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงาน

จากการศึกษาบริบทการดำเนินงานผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสมัครเข้ารับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีความพร้อมทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์และระบบสารสนเทศ แต่ระบบการเชื่อมต่อประสานงานการเตรียมการประสานงานขาดความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงาน แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลภาพรวม ของระบบการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการปลูกถ่ายไต ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2. ขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน จำนวนที่ตรวจ 12 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม/ความเหมาะสมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการสมัครรับการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์พิจารณา

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความพร้อม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต

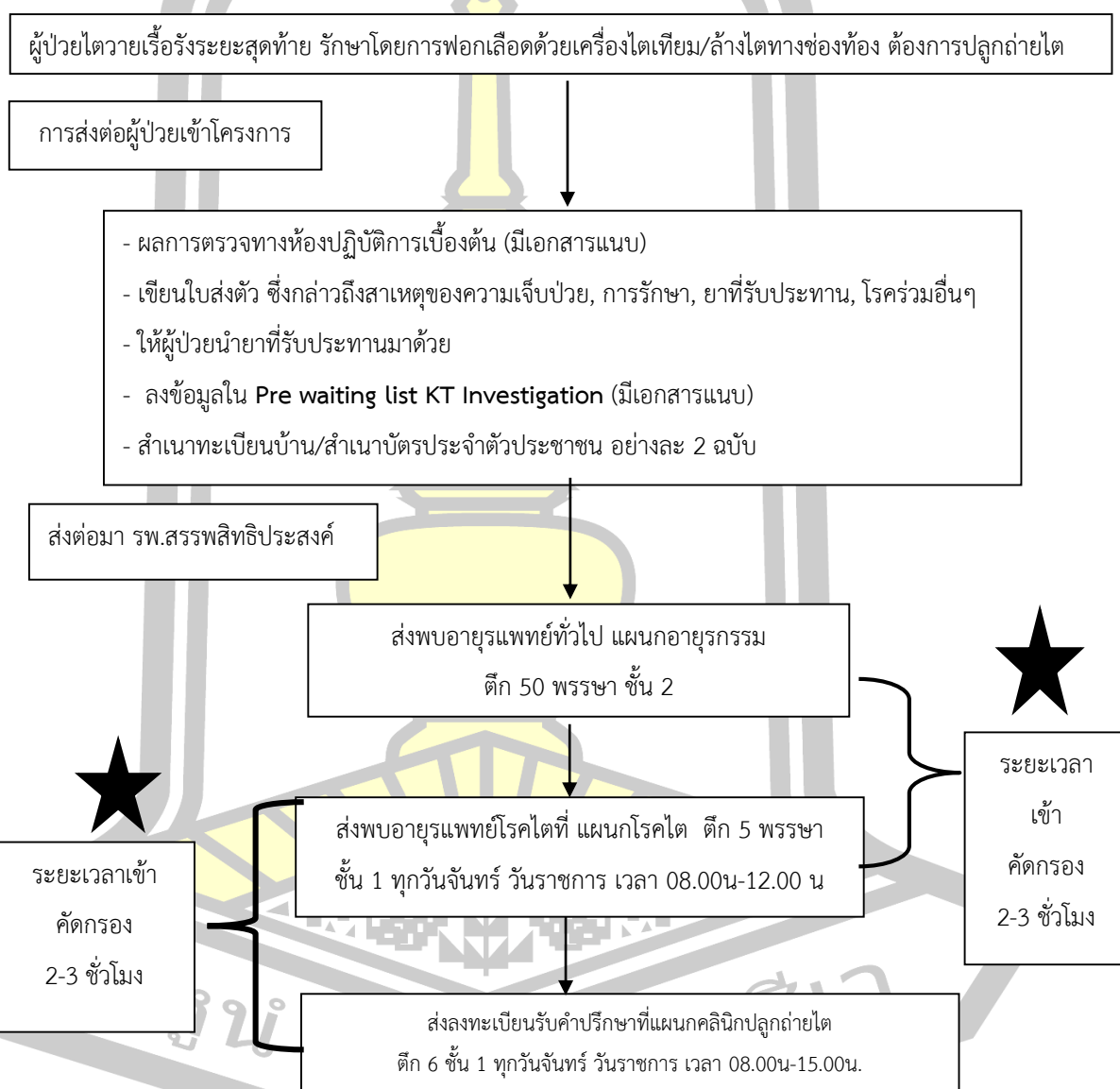
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตรวจสอบความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจความเข้ากันได้/ประเมินความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาปฏิเสธ

ไตภายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการขึ้นทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายไต

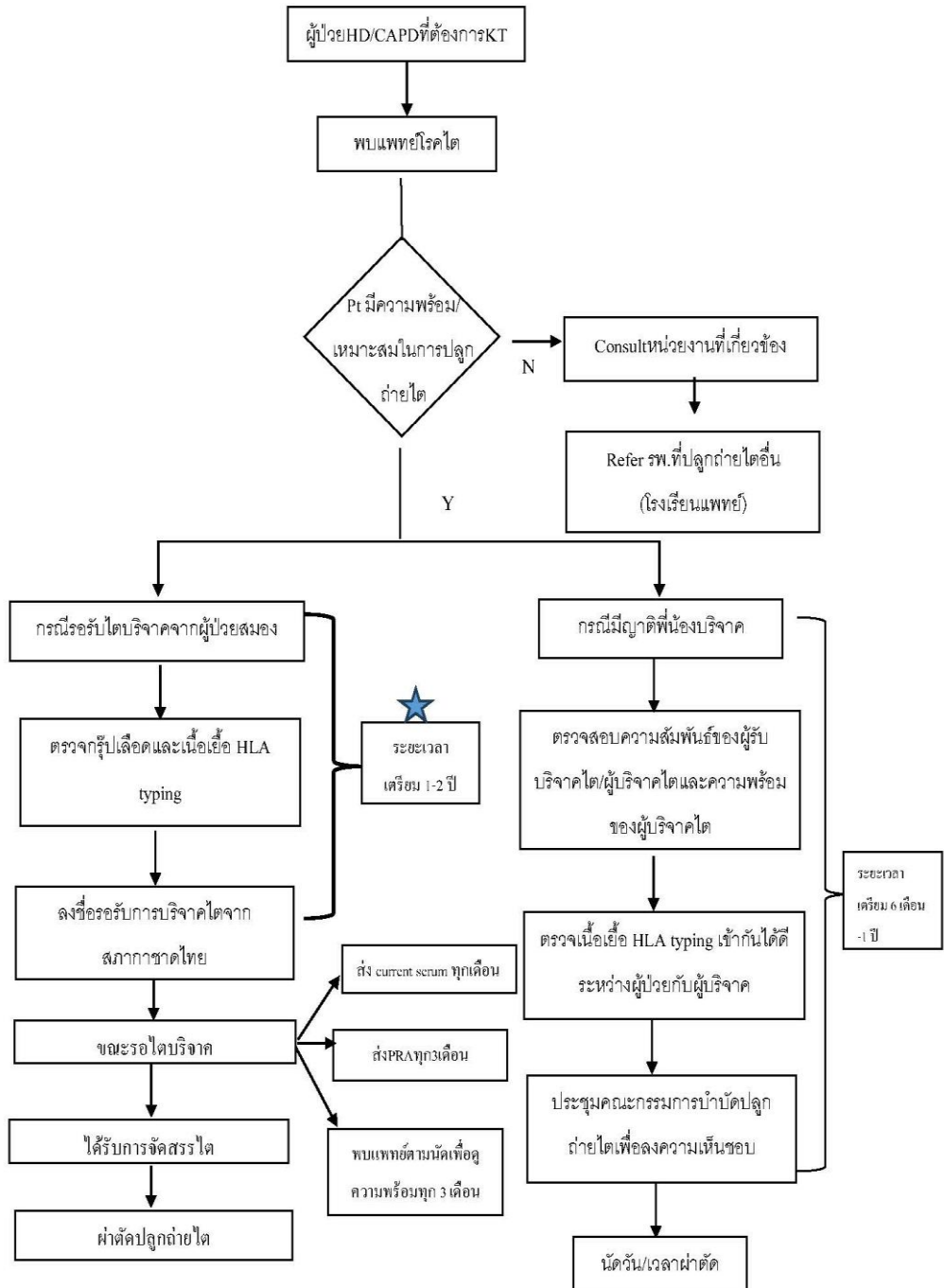
1) ข้อมูลภาพรวมของระบบการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการปลูกถ่ายไต (กรณีรอไตบริจาค) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



หมายเหตุ ผู้ป่วยสิทธิการรักษา สปสช./ประกันสังคมจากที่อื่น ขอให้โรงพยาบาลที่ต้องการส่งผู้ป่วย เข้าโครงการปลูกถ่ายไตจัดทำใบส่งตัวทุก 1 ปี
ที่มา คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาพประกอบที่ 6 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการปลูกถ่ายไต (กรณีรอไต
บริจาค) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

2) ขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



หมายเหตุ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD), การล้างไตทางช่องท้อง (PD), การปลูกถ่ายไต (KT), ผู้ป่วย (Pt)

ที่มา คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาพประกอบที่ 7 ขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไต

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม/ความเหมาะสมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่
ต้องการสมัครรับการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์พิจารณา

ครั้งที่ 1 พบแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม /ความเหมาะสมในการปลูกถ่ายไต

1. ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมใบส่งตัว แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร
ต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคอายุรกรรม ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1
2. ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา กรณีสิทธิบัตรทองเพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50
พรรษาชั้น 1 สิทธิการรักษาประกันสังคมตึก 50 พรรษาชั้น 5 ถ้ามีใบอนุมัติสิทธิการปลูกถ่ายไตก่อน
ส่งเข้าปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่จะออกบัตรประจำตัวให้/ยังไม่อนุมัติ จะได้เอกสารเพื่อใช้ประกอบการยื่น
ขอสิทธิการปลูกถ่ายไตรับยากดภูมิต่อเนื่อง
3. พบอายุรแพทย์ทั่วไปที่แผนกอายุรกรรม ตึก 50 พรรษาชั้น 2 ใช้เวลาในการ
รอตรวจ 1-2 ชั่วโมง (กรณีมาไม่ตรงวันเวลาตรวจแผนกโรคไต รับนัดมาตรวจในวันอื่น)
4. ส่งต่อที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
โรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1
5. คลินิกโรคไต พบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อรับคำปรึกษาและซักประวัติเบื้องต้น
ตรวจร่างกาย ประเมินความพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น อธิบายถึงขั้นตอนการปลูกถ่ายไต
ความเสี่ยง รับเป็นแพทย์เจ้าของไข้ดูแลปลูกถ่ายไต ส่งพบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต (ทุกวัน
จันทร์ วันราชการเวลา 08.00 – 12.00 น.)
6. หลังจากผ่านการประเมินเบื้องต้นจากแพทย์ที่คลินิกโรคไต ว่าไม่มีข้อห้ามใน
การปลูกถ่ายไตแล้ว (ขั้นที่1) จะเข้าสู่ขั้นตอนการรับฟังเงื่อนไขสภาาชาดไทย/ ข้อดีข้อเสียของการ
ปลูกถ่ายไต กับอายุรแพทย์ โรคไตหรือทีมพยาบาลคลินิกโรคไต(ขั้นที่2)
7. อาจารย์แพทย์จะทำการระบุว่าผู้ป่วยสามารถเข้าโครงการได้ ส่งผู้ป่วยพบ
พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกปลูกถ่ายไต เพื่อรับคำแนะนำเบื้องต้นและนัดวันสมัครเข้าโครงการ(ขั้นที่3)
ขั้นตอนโดยสรุปดังแผนภูมิที่ 1 “ขั้นตอนการเข้าสู่โครงการปลูกถ่ายไต”
8. พยาบาลแผนกโรคไต ส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษาแผนกตรวจคลินิกปลูกถ่ายไต ที่
ตึก 6 ชั้น 1

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการประเมินความพร้อม /ความเหมาะสมในการปลูกถ่ายไต ใช้ระยะ
ในการดำเนินการซับซ้อน ให้ผู้สมัครต้องเข้ารับการตรวจหลายจุด จึงทำให้ล่าช้าในการเข้าปรึกษา
แพทย์เฉพาะทาง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความพร้อม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต

ครั้งที่ 2 การประเมินความพร้อมโดยพบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต เพื่อ ประเมินการเตรียมพร้อมในผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไต (กรณีรอไตบริจาค)

1. พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ตรวจสอบเอกสาร ประวัติการรักษา สิทธิการรักษา ส่งต่อผู้ป่วยขึ้นบัตรตรวจโรค แผนกคลินิกปลูกถ่ายไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1

2. กลับมาที่ห้องตรวจคลินิกปลูกถ่ายไต ตึก 6 ชั้น 1 พยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ชักประวัติ วัดอุณหภูมิ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้คำปรึกษา เพื่อรับทราบข้อมูลก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต ดังนี้

- อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ประเภทการปลูกถ่ายไต
- ขั้นตอนการเตรียมตัวเข้าโครงการปลูกถ่ายไต เช่น ระยะเวลาเตรียมก่อน

เข้ารอไต ตรวจร่างกายตามระบบอวัยวะ ตรวจเลือดหาภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี การติดเชื้อไวรัสเอดส์ ตรวจปัสสาวะ ตรวจสุขภาพจิตและเศรษฐฐานะ คัดกรองตรวจมะเร็ง ตรวจสุขภาพช่องฟัน ประมาณ 1-2 ปี

- โอกาสสำเร็จ/ไม่สำเร็จของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
- ให้ความรู้การปฏิบัติตัวขณะรอไต ก่อนและหลังปลูกถ่ายไต เช่น การ

รับประทานยากดภูมิคุ้มกันตรงเวลา

- ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการปลูกถ่ายไต เช่น โอกาสเกิด

ภาวะปฏิเสธไตใหม่ภายหลังปลูกถ่ายไต เสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงถึงชีวิตได้

- ระยะเวลารอคอย ประมาณ 4 – 10 ปี
- สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย อื่น ๆ

- แนะนำผู้ป่วยขอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม protocol (รพ.

ต้นสังกัดที่รักษา) แบบฟอร์มดูแลผู้ป่วยโครงการปลูกถ่ายไต ทุก 6 และ 12 เดือน

- ผู้ป่วย/ญาติมีโอกาสได้ซักถามและได้รับคำตอบที่พอใจ และได้ลงนาม

ยินยอมที่จะรับการตรวจรักษา โดยตระหนักดีว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ (หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต)

- ผู้ป่วย/ญาติยินยอมให้แพทย์ผู้รักษายุติการรักษาตามเหตุผลด้าน

การแพทย์ (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)

แนะนำขั้นตอน ดังนี้

- ผู้สมัครขอใบส่งตัว+ผลตรวจเลือดครั้งล่าสุด รายการยารับประทาน

ใบฟอกเลือด จากศูนย์ รพ.ที่ดูแล

- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ

- ใบ Pre waiting list KT Investigation (สำหรับแพทย์ประจำศูนย์ เป็นผู้กรอก)
- ใบขอผลการตรวจสุขภาพ (สำหรับศูนย์ที่ดูแล)
- ใบขอตรวจสุขภาพฟันเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไต (สำหรับทันตแพทย์ ผู้ตรวจรักษา) ส่งต่อผู้ป่วยพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน สิทธิที่ร่วมรักษาในเขตพื้นที่บริการ / เพื่อตรวจรักษาโรคช่องปาก และฟันผู้ให้เรียบร้อยเมื่อแรกเข้า waiting list หากผู้ป่วยสะดวกในการ ตรวจรักษากับทันตแพทย์ ใกล้บ้านให้แสดงเอกสารรับรองจากทันตแพทย์ อนึ่งผู้ป่วยจะได้รับ คำแนะนำให้ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง (ระยะเวลา 1-3 เดือน)

3. เมื่อได้รับการตรวจรักษาสุขภาพช่องฟัน ผู้ป่วยจะโทรมาแจ้ง นัดเจาะ เลือด ส่งตรวจแต่ละแผนก ตาม Protocol เพื่อเตรียมร่างกาย จิตใจ ก่อนเข้าโครงการปลูกถ่ายไต

สรุปได้ว่า โดยทั่วไป หากเอกสารครบ และผู้ไม่มี Medical condition ที่จะต้อง Consult cardio/ urologist/ specialists อื่นๆ ก็จะถูก Sign เข้าโครงการได้ภายในวันแรกที่มา ตรวจ(ถึงครั้งที่ 3 ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาตรวจ) และจะถูกนัดอีกครั้งเพื่อกรอกใบสมัคร + เจาะเลือดส่ง ตรวจ HLA typing + สอนหลักเกณฑ์ต่างๆในการรอไต โดยเฉพาะการส่งเลือดรอไตที่ผู้ป่วยต้อง รับผิดชอบเอง หากหน่วยไตเทียมเจ้าของใช้สามารถช่วย ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารตาม pre-waiting list investigation และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน ก็จะทำให้ผู้ประหยัดเวลาได้มาก ขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตรวจสอบความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 3 การประเมินร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเพื่อ เจาะเลือด+ ตรวจอื่นๆ ตาม Protocol

1. การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด งดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืน (อย่างน้อย 6 ชม.)
2. ยื่นบัตรประจำตัวประชาชน แจงเจ้าหน้าที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจ คลินิกปลูกถ่ายไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1

- กรณีสิทธิบัตรทอง ลงทะเบียนกับ ส.ป.ส.ช
- กรณีสิทธิการรักษาประกันสังคม ต้องตรวจสอบสิทธิการปลูกถ่ายไต ที่ ตึก 50 พรรษาชั้น 5

3. พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ตึก 6 พรรษาชั้น 1 ห้องเบอร์ 4 ตรวจสอบ เอกสาร/ตรวจสุขภาพ ชักประวัติ วัดอุณหภูมิ วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แนะนำขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด

4. ประเมินความพร้อมผู้สมัครรอรับปลูกถ่ายไตตามมาตรฐาน Protocol สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะกำหนด กระบวนการวินิจฉัยสำหรับผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตที่มีความเสี่ยงต่ำ ดังนี้
- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรค สำหรับโรคตับ ภาวะฮอร์โมนต่อมพาราไทรอยด์สูง การตรวจคัดโรคมะเร็ง การตรวจคัดกรองโรคหัวใจ การติดเชื้อ เจาะเลือด Complete blood count, liver enzymes, INR/APTT, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, CMV titer (IgG, IgM), Blood group, FBS, HbA1C, VDRL, TPHA, BUN, Cr, E'lyte, Ca, Mg, Po4, Alb, Glob, Lipid Profile, Parathyroid hormone, Uric acid, Trop - T, CKMB, CEA, AFP, CA 19 - 9, CA 125(♀), PSA (♂), UA, Urine culture, Stool exam + occult blood (ระยะเวลารอเจาะเลือด 30 นาที - 1 ชั่วโมง)
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ดึก 9 ชั้น 3 เพื่อตรวจการบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram/EKG) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ **เป็นครั้งที่ 4** ระยะเวลาในการนัดตรวจ 2- 3 เดือน)
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกรังสีวิทยา ดึก 50 พรรษา ชั้น 3 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (U/S Whole abdomen) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ **เป็นครั้งที่ 5** ระยะเวลาในการนัดตรวจ 2- 3 เดือน)
 - การตรวจหาความผิดปกติของเต้านม (Mammogram (♀ อายุ 40 ปีขึ้นไป) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ **เป็นครั้งที่ 6** ระยะเวลาในการนัดตรวจ 3- 6 เดือน)
 - การตรวจหาความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (Chest X-ray) (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ดึก 50 พรรษา ชั้น 5 เพื่อประเมินความพร้อมทางเศรษฐกิจ/สังคม พร้อมกำหนดและวางนโยบายในการแก้ปัญหาและช่วยเหลือชักประวัติให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือตามมาตรการที่เหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือช่วยเหลือปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ดึก 50 พรรษา ชั้น 2 การใช้กล้องส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ **เป็นครั้งที่ 7** ระยะเวลาในการนัดตรวจ 1- 2 สัปดาห์)
 - ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกนรีแพทย์ (♀ อายุ 20 ปีขึ้นไป) ดึก 50 พรรษา ชั้น 3 การตรวจมะเร็งปากมดลูก (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)

- ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษานักจิตวิทยา ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ ในการให้การบำบัดรักษาผ่านการพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและคนปกติที่เผชิญความเจ็บป่วยในจิตใจ ใช้กระบวนการบำบัดรักษา เช่น จิตบำบัด การปรับพฤติกรรม และละครบำบัด เป็นต้น หาแนวทางการบำบัดรักษาร่วมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่เป็นครั้งที่ 8,9 ตรวจประเมินด้านความพร้อมด้านจิตใจ 2 รอบ ระยะเวลา 3 - 6 เดือน)

- นักจิตวิทยาประเมินครบ 2 ครั้ง ส่งต่อปรึกษาจิตแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 (ฟังผลนำเอกสารมายื่นพยาบาลประสานปลูกถ่ายไต)

- ส่งต่อผู้ป่วยพบทันตแพทย์ ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 (กรณี รพช.ไม่สามารถรักษาได้)

สรุปได้ว่า ระยะเวลาในส่งปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ประสานงานไม่ครบถ้วน ระบบการเตรียมการประสานงานขาดความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงานใช้ระยะเวลาดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตหลายเดือน ผู้สมัครต้องรอคอยการตรวจ การเดินทางมาตรวจบ่อยครั้ง เพิ่มค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ บางรายไม่มาตามนัดขาดการประเมินต่อเนื่อง

ครั้งที่ 10 ส่งพบนักโภชนาการเพื่อประเมินด้านภาวะทุพโภชนาการ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ครั้งที่ 11 พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต

พยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต รวบรวมผลการตรวจร่างกายและจิตใจ รายงานแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม ก่อนส่งตรวจเนื้อเยื่อ เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆข้างบนผ่านแล้ว บันทึกลงในสมุดนัดลงในระบบ โทรแจ้งผู้ป่วย จึงจะดำเนินการตรวจชนิดของเนื้อเยื่อต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจความเข้ากันได้/ประเมินความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาปฏิเสธไต ภายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการขึ้นทะเบียนรับการปลูกถ่ายไต

ครั้งที่ 12 พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต เพื่อส่งตรวจให้สอดคล้องกับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

1. ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคแผนกคลินิกปลูกถ่ายไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1

2. พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ที่แผนกคลินิกปลูกถ่ายไต ตึก 6 ชั้น 1 ให้คำแนะนำเตรียมตัว ขณะรอไต การมาตรวจตามนัด เจาะเลือดตรวจตรวจชนิดของเนื้อเยื่อ ดังนี้

1. HLA typing (HLA-A, -B, -DR, DQ typing low resolution) และ HLA antibody for new waited patient (PRA)

2. ส่งตรวจ anti-HLA ทุก 6 เดือน (Flow cytometry; Luminex test)

ประกอบด้วย:

- ขั้นที่1 ตรวจคัดกรอง anti-HLA
- ขั้นที่2 ในรายที่พบ anti-HLA จะทดสอบต่อ เพื่อดู Panel reactive antibody (PRA)

หมายเหตุผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการตรวจ anti-HLA ครั้งแรกภายใน 1-2 เดือน หลังสมัครเข้า,ส่งตรวจได้เฉพาะวันจันทร์ จำนวน 5-7 ราย/ครั้ง

3. ได้ผล HLA typing, Panel reactive antibody (PRA) ลงทะเบียนสมัครรอไต รายใหม่กับสภาภาษา

สรุปได้ว่า การตรวจชนิดของเนื้อเยื่อจำกัดการส่งตรวจ วัน จำนวนรายที่ส่ง แม้จะตรวจผ่านทุกขั้นตอนแล้วแต่ต้องรอคอยการตรวจใช้ระยะเวลา ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง การประสานงานไม่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตล่าช้า

4.1.2 ความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่10 และเขตรอยต่อของจังหวัดใกล้เคียง ในปี 2562 – 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จาก 1,994, 2,679, 2,854, 2,609 รายตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่เข้าโครงการปลูกถ่ายไต พบจำนวนผู้รอรับการปลูกถ่ายไต 307, 251, 325,351 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตดูแลต่อเนื่อง 142,152,156,164 รายตามลำดับ ณ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2562-2565)

สรุปได้ว่า จากข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลที่สูงมาก ทำให้จำนวนผู้ป่วยต้องการปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้น เช่นกัน การปลูกถ่ายไตมีประโยชน์มากและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากกว่าการรักษาต่อไปด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการชำระเลือดผ่านเยื่อช่องท้อง

4.1.3 ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในคลินิกปลูกถ่ายไต ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ปัจจุบันมีผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทั้งหมด 195 ราย โดยแบ่ง ออกเป็นปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคสมองตาย จำนวน 159 ราย ปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตจำนวน 36 ราย เตรียมเข้าโครงการไตบริจาค (ระยะคัดกรอง) จำนวน 150 ราย รอไตบริจาค (Waiting list) จำนวน 298 ราย เตรียมรับไตบริจาคที่มีชีวิต (ระยะคัดกรอง) จำนวน 12 คู่ ผ่านการคัดกรองไตบริจาคที่มีชีวิตรอผ่าตัดจำนวน 4 คู่ รับยาต่อเนื่องจำนวน 178 ราย ปัจจุบันรวมให้การพยาบาลทั้งหมด 642 ราย (ข้อมูลตั้งแต่ปี 2540 - กันยายน 2566)

4.1.4 ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอรับไตบริจาค (Waiting list) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอรับการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความเหมาะสมรอรับการปลูกถ่ายไตได้ และมาตรวจส่งเลือดรอไตตามวันที่กำหนดไว้ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 20 คน

4.1.4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 65 สถานภาพโสด ร้อยละ 40 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 50 อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 30 รายได้ของท่านต่อเดือน 5,000-10,000 ร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 ร้อยละ 40 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 70 บทบาทในครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80 การเดินทางมาโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 70 ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 55 ค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 500-1,000 บาท/ครั้ง ร้อยละ 75 โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 60 สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 60 วิธีการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 80 ระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษา 1-5 ปี ร้อยละ 60 ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ คือ ผู้บริจาคไตที่มีภาวะสมองตาย ร้อยละ 100 และสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนมากเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 65 ดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รอไตบริจาค (Waiting list) โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	35
หญิง	13	65
อายุ		
20 – 30 ปี	2	10
31 – 40 ปี	4	20
41 – 50 ปี	13	65
51 – 60 ปี	1	5
สถานภาพสมรส		
โสด	8	40
คู่	5	25
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	7	35
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	10
มัธยมศึกษา	10	50
ปริญญาตรี	8	40
อาชีพหลักปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	6	30
เกษตรกร	4	20
รับจ้างทั่วไป	4	20
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	5

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน	6	30
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	10	50
10,000 – 20,000 บาท/เดือน	3	15
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	1	5
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน	3	15
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	8	40
10,000 – 20,000 บาท/เดือน	7	35
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	2	10
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวต่อเดือน		
เพียงพอ	14	70
ไม่เพียงพอ	6	30
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	4	20
สมาชิกในครอบครัว	16	80
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
เดินทางมาเองได้	14	70
ต้องมีคนพามา	6	30
ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ใด		
จังหวัดอุบลราชธานี	11	55
ต่างจังหวัด	9	45

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล		
(บาท) ต่อครั้ง		
น้อยกว่า 500 บาท/ครั้ง	4	20
500-1,000 บาท/ครั้ง	15	75
มากกว่า 1,000 บาท/ครั้ง	1	5
โรคประจำตัวร่วมกับไตวายเรื้อรัง (เลือกได้		
มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	5
โรคความดันโลหิตสูง	6	30
โรคเบาหวาน	12	60
โรคไขมันในเลือดสูง	1	5
สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง (เลือกได้		
มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ทราบสาเหตุ	4	20
โรคไตอักเสบเรื้อรัง	2	10
โรคความดันโลหิตสูง	2	10
โรคเบาหวาน	12	60
วิธีการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน		
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	16	80
การล้างไตผ่านทางหน้าท้อง	4	20
ระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษา		
น้อยกว่า 1 ปี	1	5
1-5 ปี	12	60
5 -10 ปี	6	30
มากกว่า10 ปี	1	5

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลประเภทการรับอวัยวะ		
ผู้บริจาคไตที่มีภาวะสมองตาย	20	100
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	13	65
สิทธิสวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	15
ประกันสังคม	4	20

4.1.4.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ผ่านมา พบว่า ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นระบบการดูแลแบบทีมสหสาขา ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น แผนกจิตเวช และยังพบประเด็นปัญหา ได้แก่ ระบบการดูแลผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลยังขาดความเชื่อมโยง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ข้อมูลที่ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตได้รับเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน การตรวจ การปฏิบัติตน ในระยะก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต และหลังเข้ารับการปลูกถ่ายไต ยังไม่เพียงพอให้ผู้รับบริการที่รอรับการปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการปลูกถ่ายไต มาก่อนทำให้เกิดความวิตกกังวล และสับสน จึงพยายามแสวงหาข้อมูลจากผู้รับบริการรายอื่น ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน และอาจส่งผลถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไต ด้วย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลายรายที่อยู่ระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายไต มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่มาตามนัด การดื่มน้ำเกินปริมาณที่จำกัด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และ ระยะเวลาการรอคอยการปลูกถ่ายไตมีระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้สภาพร่างกาย และจิตใจไม่พร้อมรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และค่าใช้จ่ายในการรักษา

พหุ อนุ สิ โท ชี เว

จากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สมัครรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การรับการปลูกถ่ายไต

1) ระบบการดูแลผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลยังขาดความเชื่อมโยง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษา รายการยา ข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล และข้อมูลผู้ป่วย ไข้ยา ที่มีความเสี่ยงสูงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และ รพช. ที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน” (ทีมสห วิชาชีพคนที่ 1)

“การเชื่อมโยงข้อมูล ยังไม่สะดวกรวดเร็ว” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 2)

“บุคลากรไม่เพียงพอ ทีมพยาบาลมีภาระงานหนัก ส่งผลต่อการดูแลในช่วงที่มีจำนวน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 3)

“แพทย์ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาไม่เพียงพอ” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 4)

“ปัญหากระบวนการดูแลตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตไม่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แบบเชื่อมโยงปัญหา แบบเป็นองค์รวม ไม่มีแบบบันทึกประเมินอาการ และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 5)

“คู่มือการรับและการส่งต่อที่จัดทำขึ้น ไม่ได้นำมาใช้ในการปฏิบัติงานทุกครั้ง ไม่ได้ เผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบทุกคน” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 6)

“ถึงแม้จะมีนโยบายของผู้บริหารที่ชัดเจนของโรงพยาบาล แต่นโยบายของผู้บริหารมี การปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ของผู้ใช้ บริการที่มีจำนวนมากกว่า ทำให้เกิดการสับสนต่อ ผู้ปฏิบัติงาน” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 7)

“ภาระงาน ของบุคลากรทางด้านกรแพทย์และสาธารณสุข ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี รวมถึงสิทธิการรักษาและระบบการ เบิกจ่ายค่ารักษา รวมถึงสิทธิการรักษาและระบบ การเบิกจ่ายค่ารักษา” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 8)

“ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย ไม่พร้อมจากโรคร่วมทางอายุรกรรม” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 9)

“ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่าย ความวิตกกังวล และความกลัวการ ผ่าตัด” (ทีมสหวิชาชีพคนที่ 10)

สรุปจากการศึกษาระบบการดูแลผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาล พบว่า ยังขาด ความเชื่อมโยง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษา รายการยา ข้อมูล ผู้ป่วยแพ้ยาล และข้อมูลผู้ป่วยไข้ยาที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน การเชื่อมโยงข้อมูล ยังไม่สะดวก

รวดเร็ว บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานหนัก และแผนการรักษาไม่เพียงพอเนื่องจากมีเวลาจำกัด คู่มือการรับและการส่งต่อที่จัดทำขึ้น ไม่ได้ นำมาใช้ในการปฏิบัติงานทุกครั้ง และไม่ได้เผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบทุกคน นโยบายของผู้บริหารมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ทำให้เกิดการสับสนต่อผู้ปฏิบัติงาน ภาระงาน ของบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่พร้อมจากโรคร่วมทางอายุรกรรม และปฏิเสธการรักษาเนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่าย มีความวิตกกังวล และความกลัวการผ่าตัด รวมทั้งปัญหากระบวนการดูแลตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายไตไม่ชัดเจน ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย แบบเชื่อมโยง ปัญหา แบบเป็นองค์รวม ไม่มีแบบบันทึกประเมินอาการ และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน

2) ข้อมูลที่ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตได้รับเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน การตรวจ การปฏิบัติตนในระยะก่อน-หลัง เข้ารับการปลูกถ่ายไต ยังไม่เพียงพอ

จากการศึกษาคลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า ข้อมูลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตยังไม่เพียงพอ เนื่องจากบุคลากรผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตไม่เพียงพอ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจะต้องให้ผู้ป่วยรับทราบวิธีการปลูกถ่ายไต เบื้องต้น ข้อดีข้อเสียของการปลูกถ่ายไต รวมทั้งการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ระยะการรอคอยเพื่อรับบริจาคไต อัตราการรอด อัตราการเสียชีวิต ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารอคอยรับบริจาคไต การประเมินความเสี่ยงของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดปลูกถ่ายไต และคำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังจากได้รับการปลูกถ่ายไต

การให้ข้อมูลมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) บุคลากรผู้ให้ข้อมูล 2) สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล 3) อุปกรณ์และสื่อในการ ให้ข้อมูล 4) ระยะเวลาในการให้ข้อมูล 5) ลักษณะข้อมูล และ 6) ขั้นตอนในการให้ข้อมูลดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“ผู้ป่วย และครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล ระยะเวลาให้ข้อมูลนาน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติไม่ครบถ้วน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“กระบวนการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลขาดความ พร้อมในการให้ข้อมูล และให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามที่ ญาติและผู้ป่วยต้องการ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูล ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามที่ ญาติและผู้ป่วยต้องการ และการสื่อสาร ระหว่างทีม หรือหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“แค่พอกเลือดแต่ละครั้งก็เหนื่อยเพลีย ยังต้องการเดินทางมาตรวจบ่อยครั้ง อยากให้ลด ขั้นตอนการตรวจ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“แสดงความขอบคุณที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมีโอกาสได้รรับการปลูกถ่ายไต และการอยู่ในบัญชีรายชื่อรอไตทำให้มีความหวังที่จะมีชีวิตที่เป็นปกติสุข อย่างไรก็ตาม ความลำบากทางร่างกายจิตใจ และสังคมถูกรับรู้ในช่วงเวลาที่รอคอย มีประสบการณ์ที่ต้องเตรียมพร้อมเสมอสำหรับการปลูกถ่ายและการหยุดชีวิตในขณะเดียวกันก็ต้องคาดหวังการรอคอยที่ยาวนาน ดิ้นรนเพื่อให้มีความหวังในขณะที่ต้องทนรับผลเสียจากความเจ็บป่วยและการรักษา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“แม้ว่าจะมีความเป็นไปได้สำหรับการปลูกถ่ายไตตลอดเวลา แต่การต้องพร้อมสำหรับการปลูกถ่ายอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนได้ ไม่สามารถเดินทางโดยไม่ทราบล่วงหน้าว่าจะเดินทางจากปลายทางการเดินทางไปยังศูนย์ปลูกถ่ายได้อย่างไร หากได้รับการติดต่อ และการถูกจำกัดโดยการรักษาด้วยการล้างไต โดยไม่คำนึงถึงการรักษาด้วยการฟอกไต ทำให้สูญเสียความเป็นธรรมชาติ การล้างไตใช้เวลานานและถูกอธิบายว่าเป็นงานนอกเวลา ผู้ป่วยมีปัญหาในการหาเวลาให้กับเพื่อนและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหลายรายที่อยู่ระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายไต มีพฤติกรรมกาดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงจากสภาวะโรคที่รุนแรงขึ้น เช่น เครียดและอึดอัดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง จากปกติไปสู่รูปแบบที่แพทย์แนะนำ กังวลใจไม่พร้อมที่จะทำตามที่ได้รับคำแนะนำ ไม่ได้ทำตามที่เหมาะสม ทำใจไม่ได้ที่ต้องจำกัดอาหารที่ชอบ รู้สึกทุกข์ทรมานมาก เหนื่อยง่าย ไม่อยากออกกำลังกาย ทำงานได้น้อยลงกว่าปกติ ทานยาไม่ตรงเวลานอนไม่ค่อยหลับ กังวลว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่อาจรักษาได้ ทานข้าวได้น้อยลงและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“เครียดและอึดอัดที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง จากปกติไปสู่รูปแบบที่แพทย์แนะนำ” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 5)

“รู้สึกเครียด กังวลใจ จึงไม่พร้อมที่จะทำตามที่ได้รับคำแนะนำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“ส่วนมากไม่ได้ทำตามที่เหมาะสม เพราะยังทำใจไม่ได้ที่ต้องจำกัดอาหารที่ชอบ ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานมาก” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 1)

“เหนื่อยง่าย ไม่อยากออกกำลังกายและรู้สึกจะทำงานได้น้อยลงกว่าปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“คิดไปเรื่อย บางครั้งทานยาไม่ตรงเวลา จนบางทีนอนไม่ค่อยหลับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่

16)

“กังวลว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่อาจรักษาได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ทานข้าวได้น้อยลงและรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระครอบครัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

4) ระยะเวลาการรอคอยการปลูกถ่ายไตมีระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้สภาพร่างกาย และจิตใจไม่พร้อมรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และค่าใช้จ่ายในการรักษา

สำหรับการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีชีวิตยาวนานกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไต จากรายงานประจำปี 2562 ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ระบุตัวเลขของการผ่าตัดปลูกถ่ายไตไว้ว่า มีผู้รอไตทั้งสิ้น 6,125 ราย อยู่ในสถานะที่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 5,508 รายหรือร้อยละ 90 ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว 552 ราย หรือร้อยละ 9 ของผู้รอรับไตทั้งหมด มีระยะเวลาเฉลี่ยในการรอปลูกถ่ายไตนับจากวันลงทะเบียนคือ 954 วัน หรือ 2 ปี 7 เดือน 11 วัน เวลาเร็วที่สุดในการรออยู่ที่ 15 วัน นานที่สุด 6,170 วัน หรือ 16 ปี 10 เดือน 22 วัน ซึ่งมีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอไต 45 ราย และมีผู้ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีอายุอยู่ในช่วง 35-49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 41) รองลงมาคือ 50-59 ปี (ร้อยละ 24) มีผู้ที่ผ่าตัดปลูกถ่ายไตอายุมากที่สุดคือ 78 ปี อายุ น้อยที่สุดคือ 10 ปี แม้จะมีหลักฐานแสดงชัดเจนว่าการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้ผลสูงสุด แต่จากตัวเลขดังกล่าว การรอรับไตบริจาคเพื่อการปลูกถ่ายไตนั้น ต้องอาศัย ระยะเวลาการรอคอยเป็นเวลานาน

ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

“มีการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการรอปลูกถ่ายไต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“หากสามารถลดระยะเวลาการรอให้สั้นลง จะทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายลง และจะ กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ยิ่งผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายนานเท่าไร พวกเขาก็ยิ่งรู้สึกว่า การรอนั้นยากขึ้นเท่านั้น ไม่เพียงแต่การรอคอยเท่านั้นที่ยากลำบาก แต่ผลกระทบทางร่างกายเชิงลบจากโรคและการรักษาด้วยการฟอกไต เช่น ไข้เลือด เหนื่อยช่องท้องอักเสบ และปัญหาการเข้าถึงหลอดเลือดทำให้เกิดความต้องการการปลูกถ่ายอย่างเร่งด่วนมากขึ้น ในทางกลับกัน เนื่องจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงถูกปิดใช้งานซ้ำๆ ชั่วคราวในรายการรอ ทำให้เกิดความสับสน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงตระหนักว่ายิ่งพวกเขาารู้สึกว่า ต้องการการปลูกถ่ายมากเท่าไร โอกาสที่การปลูกถ่ายจะล่าช้าหรือถูกยกเลิกก็จะมีมากขึ้นเนื่องจาก สุขภาพไม่ดี สถานการณ์ที่ซับซ้อนนี้ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจและถูกอธิบายว่าอยู่ระหว่าง ความหวังและความสิ้นหวัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“การได้เห็นผู้ป่วยร่วมที่ได้รับการปลูกถ่ายไตทำให้มีความหวังสำหรับการปลูกถ่ายที่กำลังจะเกิดขึ้น แต่ก็เป็นเรื่องเตือนใจถึงความไม่แน่นอนเช่นกัน การได้เห็นผู้อื่นได้รับการปลูกถ่าย

หลังจากระยะเวลาารอสั้นลง ในขณะที่ตนเองถูกปล่อยให้ออนั้นถือเป็นเรื่องที่ยาก”(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19)

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์

การเตรียมผู้ป่วยที่สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยต้องมีการเตรียมการที่ดีโดยมี การดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะการรอปลูกถ่ายไตขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ต้องให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมการที่ดี หรือผู้ป่วยไม่เข้าใจกับวิธีการเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ ทั้งก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจะส่งผลให้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต โดยการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้าง ความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบ ในอนาคต เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของ เหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจาก ความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความ วิตกกังวลลดลง

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่จะมีเวลาการรักษาที่ยาวนาน การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ อาการเหนื่อยง่าย โรคความดันโลหิตสูง โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดกระดูก อาการตะคริวที่กล้ามเนื้อ ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เกิดขึ้นดังกล่าว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และมีปัญหาทางอารมณ์จิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนถึงค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับและพร้อมเข้ารับการปลูกถ่ายไตเพื่อรอเรียกเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อไม่เป็นอุปสรรคต่อการเตรียมรับการปลูกถ่ายไตต่อไป เพื่อให้ผลลัพธ์ของการปลูกถ่ายไตในระยะยาวออกมาดีที่สุด

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี และความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า ความรู้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการใช้บริการ

4.2.1 ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.66, 73.33, และ 66.66 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 คุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

คุณภาพชีวิต	ร้อยละ	แปลผล
ด้านสุขภาพกาย	56.66	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	73.33	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	73.33	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	66.66	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	73.33	ปานกลาง

4.2.2 ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต พบว่า ความรู้ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต มีความรู้โดยรวม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 เมื่อจำแนกความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไต มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และการดูแลตนเองขณะรอรับไต มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 66.66 ดังตารางแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ความรู้ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต

ความรู้	ร้อยละ	แปลผล
ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไต	60	ปานกลาง
การดูแลตนเองขณะรอ-หลังรับไต	66.66	ปานกลาง
ความรู้โดยรวม	63.33	ปานกลาง

4.2.3 ข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต พบว่า การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (3.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ย ดังนี้ ด้านอธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (4.09) ด้านคุณภาพของบริการ (4.07) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (3.98) ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (3.84) ด้าน

ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (3.78) และด้านการประสานงานของการบริการ (3.61) ดังตารางแสดงใน ตาราง 7

ตาราง 7 ความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

การให้บริการ	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ	3.84	0.71	มาก
ด้านการประสานงานของการบริการ	3.61	0.79	มาก
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	3.98	0.68	มาก
ด้านอรรถาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ	4.09	0.52	มาก
ด้านคุณภาพของบริการ	4.07	0.60	มาก
ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	3.78	0.77	มาก
รวมทุกด้าน	3.90	0.69	มาก

4.2.4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพคู่ ร้อยละ 60 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 35 มีระยะเวลารับราชการ มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 40 ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=20)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	35
หญิง	13	65
อายุ		
20 – 30 ปี	1	5
31 – 40 ปี	4	20
41 – 50 ปี	7	35
51 – 60 ปี	8	40

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=20)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	8	40
คู่	12	60
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	60
ปริญญาโท	8	40
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
แพทย์	4	20
พยาบาลวิชาชีพ	7	35
งานจิตเวช	1	5
สตินรีเวชกรรม	1	5
งานโรคหัวใจ	1	5
งานทันตกรรม	1	5
งานโภชนศาสตร์	1	5
งานธนาคารเลือด	1	5
งานเทคนิคการแพทย์	1	5
งานสังคมสงเคราะห์	1	5
ห้องตรวจสอบสิทธิการรักษา	1	5
ระยะเวลารับราชการ		
ต่ำกว่า 5 ปี	1	5
5-10 ปี	4	20
11-15 ปี	7	35
มากกว่า 15 ปี	8	40

4.2.5 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรับการปลูกถ่ายไต พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยรวม อยู่ในระดับมาก (3.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระบบการเตรียมผู้ป่วย

เพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต (4.43) และ ท่านและสมาชิกทีมสหวิชาชีพ สามารถแสดงความรู้และความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ (4.32) ดังแสดงตาราง 9

ตาราง 9 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล
1. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่ทำให้มีโอกาพัฒนาตนเอง ในเรื่องความรู้เฉพาะโรค	4.19	0.66	มาก
2. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตที่ทำให้มีความความก้าวหน้าในงานและเป็นผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางได้	4.17	0.64	มาก
3. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่ทำให้ได้ฝึกประสบการณ์ด้านการบริหารการจัดการการติดต่อประสานงาน	4.15	0.69	มาก
4. ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระภายในขอบเขตวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.85	0.87	มาก
5. สมาชิกทีมสหวิชาชีพ สามารถแสดงความรู้และ ความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่	4.32	0.64	มากที่สุด
6. เมื่อให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับ การวางแผน การบริการระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สมาชิกในทีมให้การการยอมรับ	4.14	0.70	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล
7. พึงพอใจในผลลัพธ์ของระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.12	0.72	มาก
8. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.43	0.62	มากที่สุด
9. มีการกำหนดขั้นตอนของระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.16	0.62	มาก
10. พึงพอใจในการประสานงานระหว่างแผนก/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	3.89	0.81	มาก
11. หลังจากที่ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตแล้วสมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็น	3.95	0.84	มาก
12. พึงพอใจในการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับทีมสหวิชาชีพ ในประเด็นที่เกี่ยวกับกระบวนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	3.97	0.81	มาก
13. พึงพอใจในการสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.06	0.66	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล
14. ฟังพอใจที่สมาชิกในทีมมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และการยอมรับแผนการบริการร่วมกัน	4.04	0.82	มาก
15. โดยภาพรวมแล้วพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.10	0.84	มาก
รวม	3.83	0.72	มาก

ข้อมูลที่จะนำเข้าสู่ระยะที่ 2 ได้แก่ บริบทการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตที่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บอกขนาดของปัญหา ระดับความรู้การดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมทั้งปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และคุณภาพชีวิต ที่มีผลต่อการส่วนร่วมในการดูแลผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต

4.2 ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

ขั้นตอนนี้เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตนำเข้าสู่การพัฒนากระบวนการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตในระยะที่ 2 ซึ่งคัดเลือกผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต จำนวน 30 ราย โดยประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิด PAOR มีดังนี้

4.2.1 ชั้นวางแผน (Planning)

ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่มโดยแยกวิชาชีพหน่วยงานที่บริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อนำข้อมูลการเตรียมผู้สมัครรอไต และบริบทการดูแลผู้สมัครรอไตจากระยะที่ 1 ประเด็นปัญหาที่พบ โดยแบ่งประเด็นปัญหา ออกเป็น 2 ด้าน คือด้านบุคลากร ด้านกระบวนการดูแล ดังนี้ 1. ปัญหาด้านบุคลากร

1.1) บุคลากรไม่เพียงพอ ทีมพยาบาลมีภาระงานหนัก ส่งผลต่อการดูแลในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก 1.2) แพทย์ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และแผนการรักษาไม่เพียงพอ 2. ปัญหากระบวนการดูแลตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนรอไตไม่ชัดเจน 2.1) ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.2) ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบเชื่อมโยงปัญหาแบบเป็นองค์รวม 2.3 ไม่มีแบบบันทึกประเมินอาการ และแนวทางการดูแลที่ชัดเจนแล้วระดมความคิดเห็นข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต โดยผลจากการวางแผนจากคณะกรรมการ ทีมกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง โดยแยก 6 แผน (ภาคผนวก)ดังนี้

P1 ประชุมกลุ่ม ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต พยาบาล โดยการประชุมร่วมกันในการลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปอายุรแพทย์ทั่วไปให้ผู้ป่วยไปพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง และเพิ่มวันตรวจอีก 1 วัน

P2 ประชุมกลุ่ม ประกอบด้วย ทีมพยาบาลคลินิกโรคไต พยาบาลคลินิกปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่ทุกสิทธิ์การรักษา เพื่อวางแผนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง.

P3 ประชุมกลุ่ม ประกอบด้วย ทันตกรรม เจ้าหน้าที่ห้องบัตร พยาบาลประสานปลูกถ่ายไต เพื่อวางแผนการตรวจสุขภาพฟันเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

P4 ประชุมกลุ่มประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช พยาบาลประสานปลูกถ่ายไต เพื่อวางแผนลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน

P5 ประชุมกลุ่มประกอบด้วย นักรังสีวินิจฉัย พยาบาลคลินิกโรคหัวใจ พยาบาลประสานปลูกถ่ายไต เพื่อวางแผนลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน

P6 ประชุมกลุ่มประกอบด้วย ทีมโภชนาการ พยาบาลประสานปลูกถ่ายไต เพื่อวางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ จากการประชุมวางแผน P1-P6 สรุปได้ดังนี้

P1 ลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป พบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง เพิ่มวันเวลาตรวจ

P2 ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง

P3 ตรวจสอบสุขภาพฟันเบื้องต้นได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

P4 ลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน

P5 ลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน

P6 วางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ

4.2.2 ชั้นปฏิบัติการ (Acting)

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนที่ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้น (ภาคผนวก) ดังนี้

A1 ลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป

ก. อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลประสานปลูกถ่ายไต รับทราบการส่งประเมินขั้นตอน **ผลการดำเนินงาน** พบว่า จากการประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยมีความพึงพอใจมากต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

A2 วางแผนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง.

ก. ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมใบส่งตัว แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตรต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1

ข. ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา กรณีสิทธิบัตรทองเพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1 สิทธิการรักษาประกันสังคมตึก 50 พรรษาชั้น 5 ถ้ามีใบอนุญาตสิทธิการปลูกถ่ายไตก่อนส่งเข้าปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่จะออกบัตรประจำตัวให้/ยังไม่อนุมัติ จะได้เอกสารเพื่อใช้ประกอบการยื่นขอสิทธิการปลูกถ่ายไตรับยากดภูมิต่อเนื่อง

ค. ส่งต่อไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1

ง. พบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อรับคำปรึกษาและซักประวัติเบื้องต้น ตรวจร่างกาย ประเมินความพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น อธิบายถึงขั้นตอนการปลูกถ่ายไต ความเสี่ยง ว่าเป็นแพทย์เจ้าของไข้ดูแลปลูกถ่ายไต ส่งพบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต (ทุกวันจันทร์, วันศุกร์ วันราชการเวลา 08.00-12.00 น.)

ผลการดำเนินงาน พบว่า การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ที่พัฒนาขึ้นจากประชุมกลุ่มมี ผลต่อการลดความสูญเปล่าในการใช้บริการลงได้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยไม่ต้องพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป ให้ผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไตได้โดยตรงส่งผลให้เวลาการใช้บริการลดลงตามไปด้วยอีกทั้งยังเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการได้มากขึ้น ทำให้ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตมีความพึงพอใจมาก

A3 แผนการตรวจสุขภาพฟันเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

ก. ผู้ป่วยยื่นแบบฟอร์มส่งตรวจสุขภาพฟัน แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจทันตกรรม ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 4

ผลการดำเนินงาน พบว่า การประเมินเบื้องต้นในการตรวจสุขภาพฟัน โดยทันตแพทย์ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพฟันต้องรักษาเพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อ ที่พัฒนาขึ้นจากประชุมกลุ่มนั้นทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว โดยทำการตรวจประเมินได้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำให้ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตมีความพึงพอใจมาก

A4 ลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน

ก. ผู้ป่วยรับคำแนะนำจากนักสังคมสงเคราะห์ ได้ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น.

ข. กรณีผู้ป่วยไม่สะดวกเข้ารับคำแนะนำจากนักสังคมสงเคราะห์ตามวันเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถรับนัดตรวจจากนักจิตบำบัดเพื่อประเมินความพร้อมด้านจิตใจได้เลย ในวันเวลาราชการ

ผลการดำเนินงาน พบว่า ระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ที่พัฒนาขึ้นจากประชุมกลุ่มโดยลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับนักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคม

สงเคราะห์ก่อน ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอคอยที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ A5 ลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน

ก. ผู้ป่วยยื่นแบบฟอร์มส่งตรวจเพื่อรับนัดการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ จากเจ้าหน้าที่ในวันเดียวกัน

ผลการดำเนินงาน พบว่า การลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ และการตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน มีระยะเวลาการ ให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการมากขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้ใช้บริการต่อไป

A6 การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ

ก. ผู้ป่วยเข้ารับคำแนะนำจากนักโภชนาการได้ทุกวันเวลาราชการ

ผลการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไต โดยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำกับโภชนาการ จากนักโภชนาการได้ทุกวันเวลาราชการโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าได้รับ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหาร และเพิ่มความพึงพอใจของการให้บริการมากขึ้นในด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ

จากการดำเนินงานตามแผนในการประชุมกลุ่ม สรุปได้ว่า มีแผนการดำเนินงานเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยการกำหนดการลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป ได้รับการตรวจสอบคุณภาพพื้นฐานเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรงซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน ลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน และได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากนักโภชนาการ ได้ทุกวันเวลาราชการ ส่งผลให้เวลากการใช้บริการลดลง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการได้มากขึ้น ร่วมกับการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการคุณภาพบริการมาก

4.2.3 ชั้นสังเกตการณ์ (Observing)

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน ดังนี้

○1 ลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปอายุรแพทย์ทั่วไปให้ผู้ป่วยไปพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง เพิ่มวันตรวจ

จากการสอบถามอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลโรคไต เจ้าหน้าที่ห้องบัตร พบว่า มีความพึงพอใจในการลดขั้นตอน ลดการแออัด ระยะเวลาพบแพทย์เร็วขึ้น

○2 วางแผนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง.

จากการสอบถาม ทีมพยาบาลคลินิกโรคไต พยาบาลคลินิกปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่ห้องบัตร เจ้าหน้าที่ทุกสิทธิ์การรักษา ผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจในการลดขั้นตอน ลดการแออัด ระยะเวลาพบแพทย์เร็วขึ้น

○3 วางแผนการตรวจสุขภาพฟันเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน

จากการสอบถาม ผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจในการได้รับการตรวจสุขภาพฟันที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลต้นสังกัด และเป็นการลดค่าใช้จ่าย

○4 วางแผนลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน

จากการสอบถามนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจในขั้นตอนการปฏิบัติงานระบบใหม่ ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการนัดประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์ก็สามารถรับนัดเพื่อประเมินด้านจิตใจจากนักจิตบำบัดได้

○5 วางแผนลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน

จากการสอบถาม ผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจในการได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ ในวันเดียวกันโดยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาตรวจในวันใหม่ และเป็นการลดค่าใช้จ่าย

○6 วางแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ

จากการสอบถาม ผู้ป่วย พบว่า มีความพึงพอใจในการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ
รับประทานอาหารจากนักโภชนาการโดยตรง

ระยะประเมินผลภายหลังการนำระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า

จากตาราง 10 ข้อมูลผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนการพัฒนากระบวนการเตรียม
ผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต พบว่า ผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 60 อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 63.33 สถานภาพคู่ ร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษา
มัธยมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 60 รายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 ร้อย
ละ 60 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 ร้อยละ 60 ความเพียงพอของรายได้ใน
ครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 80 บทบาทในครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.33
เดินทางมาโรงพยาบาลเองได้ ร้อยละ 60 ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 56.67
ค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 500-1,000 บาท/ครั้ง ร้อยละ 60 โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็น
ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 สาเหตุของภาวะไตวาย
เรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 วิธีการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน เป็นการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม ร้อยละ 86.67 ระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษา 1-5 ปี ร้อยละ 53.33 ข้อมูลประเภทการ
รับอวัยวะ คือ ผู้บริจาคไตที่มีภาวะสมองตาย ร้อยละ 100 และสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนมาก
เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 86.67

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนากระบวนการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูก
ถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อมูลทั่วไป	หลังการพัฒนา (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40
หญิง	18	60
อายุ		
20 – 30 ปี	2	6.67
31 – 40 ปี	4	13.33
41 – 50 ปี	19	63.33
51 – 60 ปี	5	16.67

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	หลังการพัฒนา (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	15	50
คู่	10	33.33
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	5	16.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.67
มัธยมศึกษา	18	60
ปริญญาตรี	10	33.33
อาชีพหลักปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	6.67
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18	60
เกษตรกร	2	6.67
รับจ้างทั่วไป	4	13.33
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	13.33
รายได้ของท่านต่อเดือน		
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	18	60
10,000 – 20,000 บาท/เดือน	8	26.67
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	4	13.33
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	4	13.33
10,000 – 20,000 บาท/เดือน	18	60
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	8	26.67
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวต่อเดือน		
เพียงพอ	24	80
ไม่เพียงพอ	6	20
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	8	26.67
สมาชิกในครอบครัว	22	73.33

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	หลังการพัฒนา (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
เดินทางมาเองได้	18	60
ต้องมีคนพามา	12	40
ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ใด		
จังหวัดอุบลราชธานี	17	56.67
ต่างจังหวัดระบุ	13	43.33
ค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (บาท) ต่อครั้ง		
น้อยกว่า 500 บาท/ครั้ง	6	20
500-1,000 บาท/ครั้ง	18	60
มากกว่า 1,000 บาท/ครั้ง	6	20
สาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ทราบสาเหตุ	4	13.33
โรคไตอักเสบเรื้อรัง	4	13.33
โรคความดันโลหิตสูง	12	40
โรคเบาหวาน	10	33.33
โรคประจำตัวร่วมกับไตวายเรื้อรัง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	6.67
โรคความดันโลหิตสูง	12	40
โรคเบาหวาน	10	33.33
โรคไขมันในเลือดสูง	6	20
วิธีการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน		
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	26	86.67
การล้างไตผ่านทางหน้าท้อง	4	13.33
ระยะเวลาที่เริ่มรับการรักษา		
น้อยกว่า 1 ปี	2	6.67
1-5 ปี	16	53.33
5 -10 ปี	10	33.33
มากกว่า10 ปี	2	6.67

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	หลังการพัฒนา (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลประเภทการรับวัยวะ		
ผู้บริจาคไตที่มีภาวะสมองตาย	30	100
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	26	86.67
สิทธิสวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.67
ประกันสังคม	2	6.67

4.2.1 คุณภาพชีวิตหลังการพัฒนา พบว่า การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนการพัฒนามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.66, 73.33, และ 66.66

หลังการพัฒนา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีทุกด้าน ร้อยละ 86.66,80,80 และ 83.33

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา(n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
ด้านสุขภาพกาย	56.66	ปานกลาง	86.66	ดี
ด้านจิตใจ	73.33	ปานกลาง	80	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	73.33	ปานกลาง	80	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	66.66	ปานกลาง	83.33	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	73.33	ปานกลาง	83.33	ดี

ความรู้หลังการพัฒนา พบว่า ความรู้ผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต มีความรู้โดยรวม ในระดับดี ร้อยละ 80 เมื่อจำแนกความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไต มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และการดูแลตนเองขณะรอรับไต มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 66.66

หลังพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต มีความรู้โดยรวม ในระดับดี ร้อยละ 93.33 80 เมื่อจำแนกความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไต มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 83.33 และการดูแลตนเองขณะรอรับไต มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 93.33 ดังตาราง 12

ตาราง 12 การเปรียบเทียบความรู้ผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนและหลังพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต

ความรู้	ก่อนการพัฒนา(n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)	
	ร้อยละ	แปลผล	ร้อยละ	แปลผล
ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไต	60	ปานกลาง	83.33	ดี
การดูแลตนเองขณะรอรับไต	66.66	ปานกลาง	93.33	ดี
ความรู้โดยรวม	63.33	ปานกลาง	93.33	ดี

4.2.3 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการหลังการพัฒนา พบว่า การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนการพัฒนา โดยรวม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (3.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ย ดังนี้ ด้านอรรถยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (4.09) ด้านคุณภาพของบริการ (4.07) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (3.98) ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (3.84) ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (3.78) และด้านการประสานงานของการบริการ (3.61)

หลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (4.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (4.39) ด้านอรรถยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ (4.34) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ย

ดังนี้ ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (4.11) ด้านคุณภาพของบริการ (4.11) ด้านการประสานงานของการบริการ (3.88) ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (3.81) ดังตาราง 13

ตาราง 13 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

การให้บริการ	ก่อนการพัฒนา(n=30) ระดับความคิดเห็น			หลังการพัฒนา(n=30) ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ	3.84	0.71	มาก	4.11	0.94	มาก
ด้านการประสานงานของการบริการ	3.61	0.79	มาก	3.88	0.91	มาก
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	3.98	0.68	มาก	4.39	0.76	มากที่สุด
ด้านอรรถยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ	4.09	0.52	มาก	4.34	0.84	มากที่สุด
ด้านคุณภาพของบริการ	4.07	0.60	มาก	4.11	0.94	มาก
ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	3.78	0.77	มาก	3.81	0.48	มาก
รวมทุกด้าน	3.90	0.69	มาก	4.10	0.81	มาก

4.2.4 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้ให้บริการหลังการพัฒนา พบว่า การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยรวม อยู่ในระดับมาก (3.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ คือ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต (4.43) และ ท่านและสมาชิกทีมสหวิชาชีพ สามารถแสดงความรู้และความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ (4.32)

หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (4.29) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับมาก 3 ข้อ คือ พึงพอใจในการประสานงานระหว่างแผนก /หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต (4.19) โดยภาพรวมแล้วพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต (4.19) และเมื่อให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับ การวางแผน การ

บริการระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สมาชิกในทีมให้การการยอมรับ (4.17) ดังตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา(n=20) ระดับความคิดเห็น			หลังการพัฒนา(n=20) ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
1. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่ทำให้มีโอกาสพัฒนาตนเองในเรื่องความรูเฉพาะโรค	4.19	0.66	มาก	4.36	0.72	มากที่สุด
2. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตที่ทำให้มีความความก้าวหน้าในงานและเป็นผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางได้	4.17	0.64	มาก	4.26	0.68	มากที่สุด
3. พึงพอใจในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่ทำให้ได้ฝึกประสบการณ์ด้านการบริหารการจัดการการติดต่อประสานงาน	4.15	0.69	มาก	4.29	0.69	มากที่สุด
4. ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระภายในขอบเขตวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.85	0.87	มาก	4.38	0.69	มากที่สุด
5. สมาชิกทีมสหวิชาชีพ สามารถแสดงความรู้และความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่	4.32	0.64	มากที่สุด	4.31	0.77	มากที่สุด
6. ท่านให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับ การวางแผน การบริการระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สมาชิกในทีมให้การการยอมรับ	4.14	0.70	มาก	4.17	0.74	มาก

ตาราง 14 (ต่อ)

การให้บริการ	ก่อนการพัฒนา(n=30)			หลังการพัฒนา(n=30)		
	ระดับความคิดเห็น			ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
7. พึงพอใจในผลลัพธ์ของระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.12	0.72	มาก	4.21	0.66	มากที่สุด
8. มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.43	0.62	มากที่สุด	4.27	0.71	มากที่สุด
9. มีการกำหนดขั้นตอนของระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.16	0.62	มาก	4.30	0.67	มากที่สุด
10. พึงพอใจในการประสานงานระหว่างแผนก/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	3.89	0.81	มาก	4.19	0.72	มาก
11. หลังจากที่ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตแล้วสมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็น	3.95	0.84	มาก	4.40	0.60	มากที่สุด
12. พึงพอใจในการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับทีมสหวิชาชีพ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	3.97	0.81	มาก	4.36	0.65	มากที่สุด
13. พึงพอใจในการสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.06	0.66	มาก	4.35	0.60	มากที่สุด

ตาราง 14 (ต่อ)

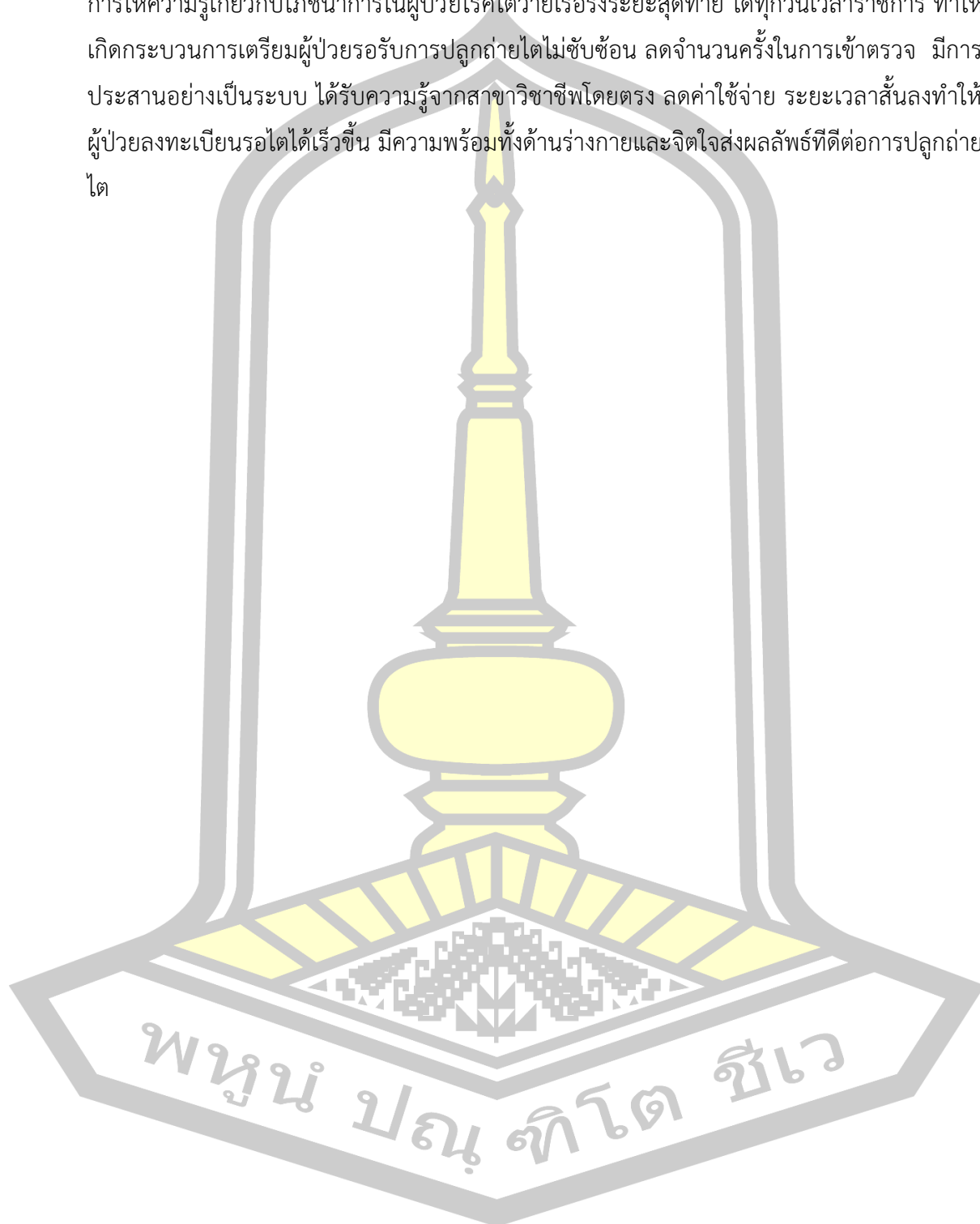
การให้บริการ	ก่อนการพัฒนา(n=30)			หลังการพัฒนา(n=30)		
	ระดับความคิดเห็น			ระดับความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
14. พึงพอใจที่สมาชิกในทีมมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการยอมรับแผนการบริการร่วมกัน	4.04	0.82	มาก	4.40	0.60	มากที่สุด
15. โดยภาพรวมแล้วท่านพอใจในการทำงานเกี่ยวกับระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต	4.10	0.84	มาก	4.19	0.72	มาก
รวม	3.83	0.72	มาก	4.29	0.68	มากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความรู้ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบ พบว่า คุณภาพชีวิต ความรู้ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบ มีความสัมพันธ์ ต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

4.2.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflecting)

ประชุมและสรุปผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์จากชั้นสังเกต คินข้อมูลสู่อายุรแพทย์โรคไต จิตแพทย์ ทันตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก แผนกรังสีวิทยา นักโภชนาการ พยาบาลห้องปฏิบัติการ ธาราการเลือด งานสารสนเทศจัดการเบิกจ่ายคำรักษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร พบว่า การลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปอายุรแพทย์ทั่วไปให้ผู้ป่วยไปพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง เพิ่มวันตรวจ การวางแผนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง การวางแผนการตรวจสุขภาพพื้นฐานเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน การวางแผนลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน การวางแผนลดขั้นตอนการ

ตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน และวางแผน การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ ทำให้ เกิดกระบวนการเตรียมผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตไม่ซับซ้อน ลดจำนวนครั้งในการเข้าตรวจ มีการ ประสานอย่างเป็นระบบ ได้รับความรู้จากสาขาวิชาชีพโดยตรง ลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลาสั้นลงทำให้ ผู้ป่วยลงทะเบียนรอไตได้เร็วขึ้น มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจส่งผลดีต่อการปลูกถ่าย ไต



ตาราง 15 เปรียบเทียบระบบก่อนและหลังการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรเพชญ์ศรีประสิทธิ์

แผนดำเนินการ	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาขึ้น
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม/ความเหมาะสมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการสมัครรับการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์พิจารณา	<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อม/ความเหมาะสมในการปลูกถ่ายไต</p> <p>1.ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมใบส่งตัว แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>2.ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา กรณีสิทธิบัตรทองเพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1 สิทธิการรักษาประกันสังคมตึก 50 พรรษาชั้น 5 ถ้ามีใบอนุญาตสิทธิการปลูกถ่ายไตก่อนส่งเข้าปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่จะออกบัตรประจำตัวให้/ยังไม่อนุมัติ จะได้เอกสารเพื่อใช้ประกอบการยื่นขอสิทธิการปลูกถ่ายไต</p> <p>3.พบอายุรแพทย์ทั่วไปที่แผนกอายุรกรรม ตึก 50 พรรษาชั้น 2 ใช้เวลาในการตรวจ 1-2 ชั่วโมง (กรณีมาไม่ตรงวันเวลาตรวจแผนกโรคไต รับนัดมาตรวจในวันอื่น) ส่งต่อที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1</p>	<p>ครั้งที่ 1 พบแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม/ความเหมาะสมในการปลูกถ่ายไต</p> <p>1.ผู้ป่วยแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตรต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>2.ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา สิทธิบัตรทอง/ประกันสังคม เพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>3.พบอายุรแพทย์โรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1 เพื่อประเมินความพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ วันราชการเวลา 08.00 – 12.00 น.)</p> <p>หลังจากผ่านการประเมินเบื้องต้นจากแพทย์ ว่าไม่มีข้อห้ามในการปลูกถ่ายไตแล้ว</p> <p>4.พยาบาลแผนกโรคไต ส่งผู้ป่วยรับค่าบริการ รักษา พร้อมบัตรตรวจโรคไต</p>
พร้อม/ความเหมาะสมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการสมัครรับการปลูกถ่ายไตโดยแพทย์พิจารณา	<p>ถ่ายไต</p> <p>1.ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมใบส่งตัว แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>2.ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา กรณีสิทธิบัตรทองเพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1 สิทธิการรักษาประกันสังคมตึก 50 พรรษาชั้น 5 ถ้ามีใบอนุญาตสิทธิการปลูกถ่ายไตก่อนส่งเข้าปลูกถ่ายไต เจ้าหน้าที่จะออกบัตรประจำตัวให้/ยังไม่อนุมัติ จะได้เอกสารเพื่อใช้ประกอบการยื่นขอสิทธิการปลูกถ่ายไต</p> <p>3.พบอายุรแพทย์ทั่วไปที่แผนกอายุรกรรม ตึก 50 พรรษาชั้น 2 ใช้เวลาในการตรวจ 1-2 ชั่วโมง (กรณีมาไม่ตรงวันเวลาตรวจแผนกโรคไต รับนัดมาตรวจในวันอื่น) ส่งต่อที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1</p>	<p>ปลูกถ่ายไต</p> <p>1.ผู้ป่วยแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตรต้องการเข้าโครงการปลูกถ่ายไต ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>2.ส่งตรวจสอบสิทธิการรักษา สิทธิบัตรทอง/ประกันสังคม เพื่อยืนยันตัวตน ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>3.พบอายุรแพทย์โรคไต ที่ตึก 5 ชั้น 1 เพื่อประเมินความพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ วันราชการเวลา 08.00 – 12.00 น.)</p> <p>หลังจากผ่านการประเมินเบื้องต้นจากแพทย์ ว่าไม่มีข้อห้ามในการปลูกถ่ายไตแล้ว</p> <p>4.พยาบาลแผนกโรคไต ส่งผู้ป่วยรับค่าบริการ รักษา พร้อมบัตรตรวจโรคไต</p>

แผนดำเนินการ	ระบบที่พัฒนาขึ้น
ระบบเดิม	<p>4.คลินิกโรคไต พบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อรับคำปรึกษาและซักประวัติเบื้องต้น ตรวจร่างกาย ประเมินความพร้อมตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น อธิบายถึงขั้นตอนการปลูกถ่ายไต ความเสี่ยง ว่าเป็นแพทย์เจ้าของไข้ดูแลปลูกถ่ายไต ส่งพบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต (ทุกวันจันทร์ วันราชการเวลา 08.00 – 12.00 น.)</p> <p>5.หลังจากผ่านการประเมินเบื้องต้นจากแพทย์ที่คลินิกโรคไต ว่าจะมีข้อห้ามในการปลูกถ่ายไตแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนการรับฟังเงื่อนไขสมาชิกชาวไทย/ ข้อดีข้อเสียของการปลูกถ่ายไต กับอายุรแพทย์ โรคไต อาจารย์แพทย์จะทำการระบุว่าผู้ป่วยสามารถเข้าโครงการได้ ส่งผู้ป่วยพบพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกปลูกถ่ายไต เพื่อรับคำแนะนำเบื้องต้นและนัดวันสมัครเข้าโครงการ</p> <p>6.พยาบาลแผนกโรคไต ส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษา แผนกตรวจคลินิกปลูกถ่ายไต ที่ตึก 6 ชั้น เวลา 13.00 น. เป็นต้นไป (ข้อ 1-5 ใช้เวลาในการตรวจช่วงเช้า 3-4 ชั่วโมง)</p>

แผนดำเนินการ	ระบบที่พัฒนาขึ้น
ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาขึ้น
<ul style="list-style-type: none">-ให้ความรู้การปฏิบัติตัวขณะรอไต ก่อนและหลังปลูกถ่ายไต เช่น การรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตรงเวลา-ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการปลูกถ่ายไต เช่น โอกาสเกิดภาวะปฏิเสธไตใหม่ภายหลังปลูกถ่ายไต เสียงต่อการติดเชื้อรุนแรงถึงชีวิตได้-ระยะเวลาการคอย ประมาณ 4 – 10 ปี-สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย อื่น ๆ-แนะนำผู้ป่วยขอผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการตาม protocol (ราวต้นสังกัดที่รักษา) แบบฟอร์มดูแลผู้ป่วยไตรอปลูกถ่ายไต ทุก 6 และ 12 เดือน-ผู้ป่วย/ญาติมีโอกาสได้ซักถามและได้รับคำตอบที่พอใจ และได้ลงนามยินยอมที่จะรับการตรวจรักษา โดยตระหนักดีว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้ (หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อเข้ารับการปลูกถ่ายไต)-ผู้ป่วย/ญาติยินยอมให้แพทย์ผู้รักษายุติการรักษาตามเหตุผลด้านการแพทย์ (ระยะเวลา 1 ชั่วโมง)	

แผนดำเนินการ	ระบบที่พัฒนาขึ้น
<p>ระบบเดิม</p> <p>แนะนำขั้นตอน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">-ผู้สมัครขอใบส่งตัว+ผลตรวจเลือดครั้งล่าสุด รายงานการรับประทาน ใบพอกเลือด จากศูนย์ รพ. ที่ดูแล-สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านอย่างละ 1 ฉบับ-ใบ Pre waiting list KT Investigation (สำหรับแพทย์ประจำศูนย์เป็นผู้กรอก)-ใบขอผลการตรวจสุขภาพ (สำหรับศูนย์ที่ดูแล)-ใบขอตรวจสุขภาพเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไต (สำหรับทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษา) ส่งต่อผู้ป่วยพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน สิทธิที่ร่วมรักษาในเขตพื้นที่บริการ /เพื่อตรวจรักษาโรคช่องปาก และฟันผุให้เรียบร้อยเมื่อแรกเข้าwaiting list หากผู้ป่วยสะดวกในการตรวจรักษากับทันตแพทย์ ใกล้บ้าน ให้แสดงเอกสารรับรองจากทันตแพทย์ หนึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง (ระยะเวลา1-3 เดือน) <p>3.เมื่อได้รับการตรวจสุขภาพของฟัน ผู้ป่วยจะโทรมาแจ้ง นัดเจาะเลือด ส่งตรวจแต่ละแผนก ตาม Protocol เพื่อเตรียมร่างกาย จิตใจ ก่อนเข้าโครงการปลูกถ่ายไต</p>	

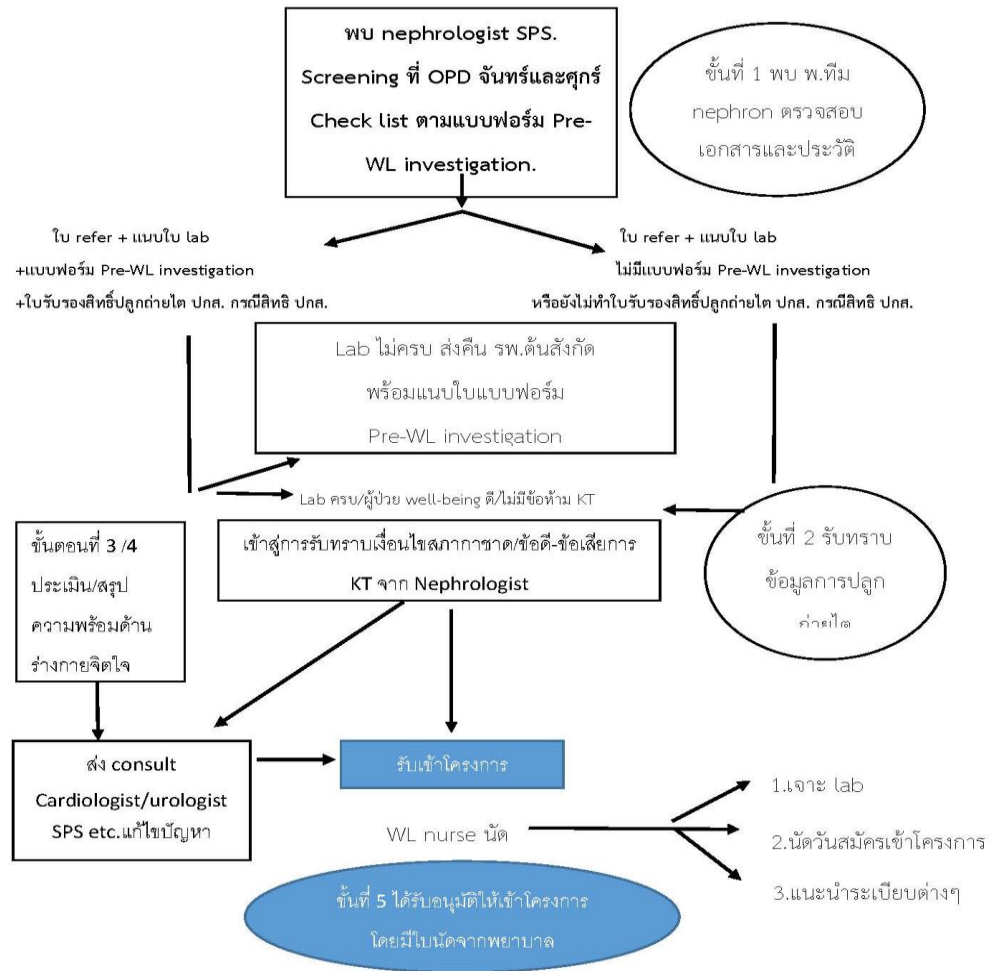
แผนดำเนินการ	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาขึ้น
	<p>-ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การคัดกรองโรค สำหรับโรคตับ ภาวะฮอริโมนต่อมพาราไทรอยด์สูง การตรวจคัดกรองมะเร็ง การตรวจคัดโรคหัวใจ การติดเชื้อ เจาะเลือด Complete blood count, liver enzymes, INR/APTT, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, CMV titer (IgG, IgM), Blood group, FBS, HbA1C, VDRL, TPHA, BUN, Cr, E'lyte, Ca, Mg, Po4, Alb, Glob, Lipid Profile, Parathyroid hormone, Uric acid, Trop - T, CKMB, CEA, AFP, CA 19 - 9, CA 125(♣), PSA (♣), UA, Urine culture, Stool exam + occult blood (ระยะเวลาการเจาะเลือด 30 นาที - 1 ชั่วโมง)</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ตึก 9 ชั้น 3 เพื่อตรวจการบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram/EKG)(ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 4 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 2- 3 เดือน)</p>	<p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกรังสีวิทยา ตึก 50 พรรษา ชั้น 3 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (U/S Whole abdomen) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 4 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 2- 3 เดือน)</p> <p>-การตรวจหาความผิดปกติของเต้านม (Mammogram (♣ อายุ 40 ปี ขึ้นไป) (ไม่สามารถตรวจวันนั้นได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 4 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 3- 6 เดือน) (ตรวจในวันเดียวกัน ได้Electrocardiogram/EKG,U/Mammogramทำให้ลดการเดินทางหลายครั้ง)</p> <p>♣ ครั้งที่ 4 ส่งพบนักโภชนาการเพื่อประเมินด้านภาวะทุพโภชนาการ <u>ช่วง</u> <u>บ่าย เวลา 13.00 น.</u></p> <p>-การตรวจหาความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (Chest X-ray) (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี วันราชการเวลา08:00-12:00 น. (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)</p>

แผนดำเนินการ	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาขึ้น
	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกรังสีวิทยา ตึก 50 พรรษา ชั้น 3 การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง (U/S Whole abdomen) (ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 5 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 2-3 เดือน) -การตรวจหาความผิดปกติของเต้านม (Mammogram (อายุ 40 ปีขึ้นไป)) (ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 6 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 3-6 เดือน) -การตรวจหาความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ (Chest X-ray) (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง) -ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ ตึก 50 พรรษา ชั้น 5 เพื่อประเมินความพร้อมทางเศรษฐกิจ/สังคม พร้อมกำหนดและวางแผนการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือชั่งใจประวัติ และให้คำปรึกษากับผู้ประสบเคราะห์ และให้ความช่วยเหลือตามมาตรการที่เหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือช่วยเหลือปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง) 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ใช้กล้องส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) เป็นครั้งที่ 4 -ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกนรีเวชกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)เป็นครั้งที่ 4 -ผู้ป่วยพบนักจิตวิทยาตามนัด เป็นครั้งที่ 5,6 ตรวจประเมินด้านความพร้อมด้านจิตใจ 2 รอบ -นักจิตวิทยาประเมินครบ 2 ครั้ง ส่งต่อปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมด้านจิตใจ (ฟังผลนำเอกสารมาขึ้นพยาบาลประสานปลุกถ่ายไต)(ระยะเวลา 3 - 6 เดือน)

แผนดำเนินการ	ระบบที่พัฒนาขึ้น
<p>ระบบเดิม</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ตึก 50 พรรษา ชั้น 2 การ ใช้กล้องส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) (ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 7 ระยะเวลาในการนัดตรวจ 1- 2 สัปดาห์)</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษาแผนกนรีแพทย์ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ตึก 50 พรรษา ชั้น 3 การตรวจมะเร็งปากมดลูก (ระยะเวลา 30 นาที - 1 ชั่วโมง)</p> <p>-ส่งต่อผู้ป่วยไปปรึกษานักจิตวิทยา ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 วางแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ ในการให้การบำบัดรักษาผ่านการพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจสิ่ง ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและคนปกติที่เผชิญความเจ็บป่วย ในจิตใจ ใช้กระบวนการบำบัดรักษา เช่น จิตบำบัด การบำบัดพฤติกรรม และ ละครบำบัด เป็นต้นหาแนวทางการบำบัดรักษาร่วมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติที่สุด (ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ ต้องรับนัดเพื่อมาตรวจวันใหม่ เป็นครั้งที่ 8,9 ตรวจประเมินด้านความ พร้อมด้านจิตใจ 2 รอบ (ระยะเวลา 3 - 6 เดือน)</p>	

แผนดำเนินงาน	ระบบที่พัฒนาขึ้น
<p>ระบบเดิม</p> <p>- นักจิตวิทยาประเมินครบ 2 ครั้ง ส่งต่อปรึกษาจิตแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 (ฝั่งหน้าเอกสภามายินพยาบาล ประสานบลุกถ่ายไต)</p> <p>- ส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจทันตแพทย์ ตึก 50 พรรษา ชั้น 4 (กรณี รพช.ไม่สามารถรักษาได้)</p> <p>โดยตรง ทำให้ประสานงานไม่ครบถ้วน ระบบการเตรียมการประสานงานขาดความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงานใช้ระยะเวลาดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้สมัครรับการปลูกถ่ายไตนาน ผู้สมัครต้องรอคอยการตรวจ การเดินทางมาตรวจบ่อยครั้ง เพิ่มค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ บางรายไม่มาตามนัด ขาดการประเมินต่อเนื่อง</p> <p>ครั้งที่ 10 ส่งพบนักโภชนาการเพื่อประเมินด้านภาวะทุโภชนาการ</p> <p>ครั้งที่ 11 พบพยาบาลผู้ประสานบลุกถ่ายไต</p>	<p>ครั้งที่ 6 พบพยาบาลผู้ประสานบลุกถ่ายไต</p> <p>พยาบาลผู้ประสานบลุกถ่ายไต รวบรวมผลการตรวจร่างกายและจิตใจ รายงานแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม ก่อนส่งตรวจเนื้อเยื่อ เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ช่างบนผ่านแล้ว บันทึกลงในระบบ โทรแั่งผู้ป่วย จึงจะดำเนินการตรวจวินิจฉัยของเนื้อเยื่อต่อไป</p>
<p>ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p>	<p>ครั้งที่ 6 พบพยาบาลผู้ประสานบลุกถ่ายไต</p> <p>พยาบาลผู้ประสานบลุกถ่ายไต รวบรวมผลการตรวจร่างกายและจิตใจ รายงานแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม ก่อนส่งตรวจเนื้อเยื่อ เมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ช่างบนผ่านแล้ว บันทึกลงในระบบ โทรแั่งผู้ป่วย จึงจะดำเนินการตรวจวินิจฉัยของเนื้อเยื่อต่อไป</p>

แผนดำเนินการ	ระบบเดิม	ระบบที่พัฒนาขึ้น
<p>ขั้นตอนที่ 5 การตรวจความเข้ากันได้/ประเมินความเสี่ยงในการเกิดปฏิกิริยาปฏิเสธไตภายหลังการปลูกถ่ายไตสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการขึ้นทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายไต</p>	<p>ครั้งที่ 12 พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไตเพื่อ ส่งตรวจให้สอดคล้องกับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย</p> <p>1.ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชน แจงเจ้าหน้าที่ห้องบัตรลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคแผนกคลินิกปลูกถ่ายไต ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 1</p> <p>2.พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ที่แผนกคลินิกปลูกถ่ายไต ตึก 6 ชั้น 1 ให้คำแนะนำเตรียมตัว ขณะรอไต การมาตรวจตามนัด เจาะเลือดตรวจวิเคราะห์ชนิดของเนื้อเยื่อ ดังนี้</p> <p>1.HLA typing (HLA-A, -B, -DR, DQ typing low resolution) และ HLA antibody for new waited patient (PRA)</p> <p>2.ส่งตรวจ anti-HLA ทุก 6 เดือน (Flow cytometry, Luminex test) ประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชั้นที่1 ตรวจคัดกรอง anti-HLA - ชั้นที่2 ในรายที่พบ anti-HLA จะทดสอบต่อ เพื่อดู PRA หมายเหตุผู้ป่วยทุกรายจะได้รับ การตรวจ anti-HLA ครั้งแรกภายใน 1-2 เดือนหลังสมัครเข้า, ส่งตรวจได้เฉพาะวันจันทร์ จำนวน 5-7 ราย/ครั้ง <p>3.ได้ผล HLA typing, PRA ลงทะเบียนสมัครรอไตรายใหม่กับสภากาชาด</p> <p>สรุป : ระยะเวลาในการเตรียมตัวก่อนเข้าโครงการ จำนวนมาตรวจ 12 ครั้ง</p>	<p>ครั้งที่ 7 พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต เพื่อส่งตรวจให้สอดคล้องกับเกณฑ์การขึ้นทะเบียนจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย</p> <p>1. ผู้ป่วยยื่นบัตรนัด ลงทะเบียนขึ้นบัตรตรวจโรคแผนกคลินิกปลูกถ่ายไต+ตรวจสอเบสิทิ</p> <p>2.พบพยาบาลผู้ประสานปลูกถ่ายไต ให้คำแนะนำเตรียมตัว ขณะรอไต การมาตรวจตามนัด เจาะเลือดตรวจวิเคราะห์ชนิดของเนื้อเยื่อ(همینก่อนพัฒนา) ส่งตรวจวันจันทร์, เพิ่มวันอังคาร จำนวน 5-7 ราย/ครั้ง</p> <p>3.ได้ผล HLA typing, Panel reactive antibody (PRA) ลงทะเบียนสมัครรอไตรายใหม่กับสภากาชาด</p> <p>สรุป: ระยะเวลาในการเตรียมตัวก่อนเข้าโครงการ 4 เดือน - 1 ปี มี 5 ขั้นตอน จำนวนมาตรวจ 7 ครั้ง</p>



ภาพประกอบที่ 8 สรุปขั้นตอนการประเมินเตรียมผู้สมัครก่อนรอไต
ที่มา คลินิกปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และระยะที่ 2 พัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ขอนำเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มี 2 ระยะ ดังนั้น จึงขอสรุปผลการศึกษาไปตามระยะของการศึกษาดังต่อไปนี้

5.1.1 สรุปผลระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1) บริบทการดำเนินงานของระบบเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

โดยการทบทวนเอกสารของคลินิกปลูกถ่ายไตและเวชระเบียนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การระดมสมองของ ทีมสุขภาพ เสียงสะท้อนจากแพทย์/พยาบาลทั้งในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และเครือข่ายบริการใกล้ บ้าน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตและครอบครัว ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวปฏิบัติการ ผ่าตัดปลูกถ่ายไต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี (2553) แนวทางการประเมินผู้บริจาคไต (Living donor) เพื่อรอการปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะ แห่งประเทศไทย (Thai Transplantation Society, 2559) พบว่า ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น แผนกจิตเวช และยังพบว่า ระบบการดูแลผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลยังขาดความเชื่อมโยง การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ข้อมูลที่ผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตได้รับเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน การตรวจ การปฏิบัติตนในระยะก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายไต และหลังเข้ารับการปลูกถ่ายไต ยังไม่เพียงพอให้ผู้รับบริการที่รอรับการปลูกถ่ายไต ซึ่งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการปลูกถ่ายไต มาก่อนทำให้เกิดความวิตกกังวล และสับสน จึงพยายามแสวงหาข้อมูลจากผู้รับบริการรายอื่น ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วน และอาจส่งผลถึงความพึง

พอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้บริการผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายไตด้วย ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหลายรายที่อยู่ระหว่างการรอรับการปลูกถ่ายไต มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่มาตามนัด การดื่มน้ำเกินปริมาณที่จำกัด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และเนื่องจากการรอคอยการปลูกถ่ายไตมีระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้สภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ดังนั้น การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อรอเรียกเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ทุกเมื่อ

5.1.2 สรุปผลระยะที่ 2 พัฒนาระบบเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต

ระยะพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีดังนี้

1) จากการประชุมวางแผน สรุปได้ดังนี้

ลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปอายุรแพทย์ทั่วไปให้ผู้ป่วยไปพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง เพิ่มวันตรวจ วางแผนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยให้เจ้าหน้าที่ประสานงานโดยตรง จากเอกสารใบส่งตัว แบบฟอร์ม Pre waiting list KT Investigation จากโรงพยาบาลต้นสังกัดส่งพบอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง. วางแผนการตรวจสุขภาพพื้นฐานเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรง มีแบบฟอร์มส่งตรวจ ซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน วางแผนลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน วางแผนลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้ทุกวันเวลาราชการ

2) ผลการพัฒนาระยะนี้

จากการดำเนินงานตามแผนในการประชุมกลุ่ม สรุปได้ว่า มีแผนการดำเนินงานเพื่อลดขั้นตอนการให้บริการการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยการกำหนดการลดขั้นตอนการพบแพทย์อายุรกรรมทั่วไป ได้รับการตรวจสุขภาพพื้นฐานเบื้องต้นเพื่อเตรียมปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้โดยตรงซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ลดขั้นตอนการพบนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจกับ นักจิตบำบัด พยาบาลจิตเวช ได้เลยโดยไม่ต้องรอตรวจกับนักสังคมสงเคราะห์ก่อน ลดขั้นตอนการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับวันนัดตรวจวันเดียวกัน และได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากนักโภชนาการ ได้ทุกวันเวลาราชการ ส่งผลให้เวลาการใช้บริการลดลง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการได้มากขึ้น ร่วมกับ

การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการคุณภาพบริการมาก

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายไปตามขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนาระบบเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตรายละเอียดยุค ดังต่อไปนี้

5.2.1 อภิปรายผลระยะที่ 1

1) บริบทการดำเนินงานของระบบการเตรียมเข้าโครงการปลูกถ่ายไต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า

คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ ต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วย โดยที่คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุก ความรู้ สึก เป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ซึ่ง การได้ รับการตอบสนองในสิ่งที่บุคคลต้องการ รวมทั้งการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการ รักษาที่มีความสำคัญ เนื่องจากประสิทธิภาพ ของการรักษาโรคไม่ได้ มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังคงพิจารณาถึงการมี ชีวิตที่ยืนยาว ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน กับอาการของโรค และผลข้างเคียงของการ รักษาแคเ็น หรือการรักษานั้นมีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้มีประสิทธิภาพ ในการจัดระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง เป็นองค์รวม มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงพบว่า หลังการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง (2559) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทดแทนทางไต มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต เป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ความรู้ มีความสัมพันธ์ ต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต อธิบายได้ว่า แนวคิดระบบการพยาบาลของโอเร็ม (อ้างอิงในศุภลักษณ์ ทองขาว. 2563) โดยที่โอเร็ม มีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ หลีกเสี่ยง จากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ แต่ผู้ป่วย สามารถเรียนรู้ พัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ หากมีความรู้และได้รับการสนับสนุน จากพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม แต่ที่ผ่านมาการให้ความรู้ในระบบบริการปกติยังพบว่า มีข้อจำกัดที่ อาจยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบาง กลุ่มที่มีข้อจำกัด ดังนั้นความรู้ การปลูกถ่ายไตและการดูแลตนเองขณะรอรับไตเป็นส่วนประกอบ สำคัญที่จูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้ดี และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะแสดงผลต่อพฤติกรรมของ ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องยา เรื่องอาหาร และการปฏิบัติตัว รวมไปถึงความรู้เรื่องการสังเกต อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลตัวเองที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีตามมาได้ ทำให้หลังการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ดีขึ้นก่อนการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรธนา เสริมกลิ่น และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน (2562) ที่ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไตต่อการยอมรับการบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้าย รายใหม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ ความรู้โดยใช้แผ่นภาพพลิกกับ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ผล การศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ คำปรึกษาผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติเรื่องโรค ไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ยังสอดคล้องกับการศึกษา ของ รัชณี ทิพย์สูงเนิน (2563) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายและผลการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผล เปรียบเทียบก่อนและหลัง ทดลองให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และภาพพลิก ประกอบคำบรรยาย ใช้ระยะเวลา 45 นาที ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการเลือกวิธี บำบัดทดแทนไตภายหลังการได้รับความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับ ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติยังเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึง สภาวะของโรคจึงจะได้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี ทีมสหวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามา มีบทบาท ในการดูแลด้านความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบ การเตรียมผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต มีความสัมพันธ์ ต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอ รับการปลูกถ่ายไต อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่ง

หนึ่งหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องความรู้สึกพึงพอใจ จะเกิดเมื่อความต้องการของ บุคคลได้รับการตอบสนองหรือบรรลุตามจุดมุ่งหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง (ราณี เขาวนปริชาติ.2560) ซึ่งความพึงพอใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ทักษะหรือความรู้สึกในด้านดีต่องานที่ทำ โดยความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลต่อพฤติกรรมกรให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีความสุข ปราศจากความทุกข์ และความวิตกกังวลต่างๆ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะเกิด ได้จากการได้รับการตอบสนองความต้องการที่เป็นการตอบสนองที่สอดคล้องหรือสมดุลระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริง ซึ่งสิ่งที่คาดหวังจากการรับบริการ ได้แก่ การให้บริการอย่างเสมอภาค การ ให้บริการทันเวลา การให้บริการเพียงพอ การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการให้บริการอย่างก้าวหน้าอย่างครบถ้วน สมบูรณ์จะส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ จึงมีความสำคัญ ในการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไต เพื่อให้ ระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ มีความปลอดภัย และมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบการบริการผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไต ส่งผลให้ทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการปรับแนวคิดของผู้ให้บริการ ไปสู่การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น นำไปสู่การให้บริการที่เกิดผลดีที่สุกกับผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น หลังใช้การพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไต ผู้สมัครจึงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ก็มีความพึงพอใจมากที่สุด ซึ่งการพัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตนี้จะทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การได้รับทราบข้อมูลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตทุกราย ทำให้ผู้สมัครรอปลูกถ่ายไตเข้าใจ และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีความหวังที่จะได้รับการเปลี่ยนไต จึงต้องดูแลตนเองให้พร้อมเสมอที่จะรับการเปลี่ยนไต ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีทุกด้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของสมพร ชินโนรส และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษา ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง เพราะการเปลี่ยนไตจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีหรือดีมาก โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปทุกด้าน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการน้อยกว่า มีสุขภาพดีกว่า รู้สึกมีอารมณ์ดีกว่า และมีความสุขกับการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่ทำไตอะลัยสิส

หลังการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทำให้ผู้สมัครมีความรู้การปลูกถ่ายไตและการดูแลตนเองขณะรอรับไต อยู่ในระดับดี ร้อยละ

93.33 ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้สมัครได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายไตทั้งวิธีการ ขั้นตอน การตรวจ การปฏิบัติตนในระยะก่อนเข้ารับ การปลูกถ่ายไต และหลังเข้ารับการปลูกถ่ายไตที่ถูกต้องตรงกับความ เป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจเช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สมัครมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ สอดคล้องกับการการศึกษาของกัลป์หา โซสิวสกุล และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการ การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการจัดการ ตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหา ซ้ำซ้อน พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และ พฤติกรรมการจัดการ ตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และยัง สอดคล้องกับการศึกษาของนุจนาฏ รินทวูธ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา ระบบการ ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตดีกว่าก่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ

ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต หลัง การพัฒนา จึงพบว่า ผู้สมัครมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการ ปลูกถ่ายไต โดยรวม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากทำให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับ ความ เป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือ เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา จะช่วยทำ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญในการทำให้ผู้รับบริการ เกิดความพึงพอใจได้นั้นผู้ ให้บริการต้องรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการเพราะผู้รับบริการ คือ เป้าหมายสำคัญในการ ให้บริการของทุกองค์กร ความพึงพอใจในการใช้บริการนั้นเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มี ผล เกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆ นั้น ดังนั้นการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัคร เพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่แพทย์พิจารณาว่ามีความเหมาะสมได้รับการปลูกถ่ายไต สามารถปฏิบัติ ตามขั้นตอนต่างๆ และได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการปลูกถ่ายไต สามารถปฏิบัติตนก่อนการ ปลูกถ่ายไต และหลังการปลูกถ่ายไต อย่างเหมาะสม ช่วยลดความวิตกเกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ทำ ให้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไต ทำให้หลังการพัฒนา ผู้สมัครมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวม มี ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนุจนาฏ รินทวูธ และคณะ (2563) ที่ได้ ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีคะแนน ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบไร้รอยต่ออยู่ในระดับมาก ที่สุด

และความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต หลังการพัฒนา พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงกระบวนการปฏิบัติงานจากระบบเดิมที่ไม่สามารถทำงานได้ตามต้องการจึงจำเป็นต้องพัฒนาหรือปรับปรุงระบบการเตรียมผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาระบบงานจะส่งผลให้ งานในหน่วยงานมีระบบ และระเบียบมากขึ้น มีผลทำให้เกิด ความผิดพลาดในการทำงานน้อยลงทำให้สามารถตรวจสอบการทำงานได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการปฏิบัติงานทั้งผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการมาใช้บริการ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการและญาติ คลายความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ผลมาจากมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการปลูกถ่ายไต ซึ่งถ้าหาก ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อน และหลังการปลูกถ่ายไตจะช่วยลด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (ลิกิจ โหระอุทธิ. 2551) และหากผู้ป่วยนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนปลูกถ่ายไตที่ดีย่อมส่งผลที่ดีต่อความร่วมมือในการรักษา โดยการสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง นำไปสู่การตั้งจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เกิดความพึงพอใจและเกิดประสิทธิภาพในการพยาบาลเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนุจนาฎ รินทวูธ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแล ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่ออยู่ในระดับมากที่สุด

5.2.2 อภิปรายผลระยะที่ 2

จากการศึกษา พบว่า หลังใช้ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่พัฒนาขึ้น เกิด ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น คือ ไม่พบการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความรู้การปลูกถ่ายไตและการดูแลตนเองขณะรอรับไตดี และมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเกิดจาก การพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา บริบทของหน่วยงาน และผลลัพธ์ของการเตรียมผู้ป่วยที่ผ่านมา สรุป ประเด็นของปัญหา และนำไปสู่การพัฒนา ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีความน่าเชื่อถือ มีการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การร่างแนวทางปฏิบัติต่างๆ ในการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต มีการจัดประชุมชี้แจงการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้สมัคร ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าว รวมทั้งมีสมุดประจำตัว ผู้สมัครรอรับการปลูกถ่ายไต ซึ่ง

สามารถนำไปใช้เป็นคู่มือในการติดต่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทำให้ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลรายบุคคลของผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุจนาฎ รินทวุธ และคณะ (2563) ได้ศึกษาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลขอนแก่น กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์สรุปรวมของปัญหา 2) พัฒนารูปแบบ 3) นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ 4) ประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า 1) ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น 2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไม่พบว่ามีกรณีเลื่อนผ่าตัดจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตลดลงจากร้อยละ 21.24 เป็นร้อยละ 14.28 เฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลลดลงจาก 10 วันเป็น 6 วัน อัตราการรอดของไตใหม่และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 85.71% เป็น 100% ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบ ไร้รอยต่อ ของเครือข่ายการพยาบาล โรคหัวใจ พบว่าขั้นตอนปัจจัยในการ สนับสนุนให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อมี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการดูแล แบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม ผู้นำองค์กรโดยเฉพาะ ผู้นำทางการแพทย์ มีการนำนโยบายการดูแลแบบ ไร้รอยต่อลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 2) การมีส่วนร่วมของทีมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ ครอบครัว 3) การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายการ ดูแลผู้ป่วยทุกระดับ และ 4) ผู้จัดการรายกรณี ทางพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องจากทำหน้าที่ ประเมิน วางแผน อำนวยความสะดวก สนับสนุน พึงทักษะสิทธิ์ และ จัดหาทางเลือกและให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จัดบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ และได้ผลลัพธ์ ทางพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว และปลอดภัย และมีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่พัฒนาขึ้น ผู้สมัครได้รับการบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตทุกราย ซึ่งจะเน้นความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินผู้ป่วย การวางแผนและการปฏิบัติตามแผน การปรับแผนให้เหมาะสมเพื่อให้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย การประสานงานที่ดี การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สมัคร ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่เกิดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ช่วยลดความวิตกเกี่ยวกับการเข้ารับการปลูกถ่ายไตได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มความพึงพอใจของผู้สมัครต่อการใช้บริการการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สมัคร ครอบครัว ญาติผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สมัครที่รอรับการปลูกถ่ายไต สอดคล้องศศิวรรณ ทศนเอี่ยม (2562) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงในจังหวัดสกลนคร พบว่า หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.9 เป็นร้อยละ 36.4 ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลได้จะลด โอกาสการเกิดโรคไตเสื่อม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การใช้สื่อวีดิทัศน์ สมุดประจำตัว และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีช่องทางสื่อสารที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีวิธีการติดตาม กระตุ้นเตือนให้กำลังใจผู้ป่วยจากครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน การมีปฏิสัมพันธ์และการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับชุมชน จะทำให้เกิดการผลลัพธ์ตาม เป้าหมายและสามารถพึ่งพาตนเอง

ระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังส่งผล ให้คุณภาพชีวิตผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีทุกด้าน ด้านระยะเวลาในการมา โรงพยาบาลลดลง และลดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้สมัครได้รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลรูปแบบ ขั้นตอนการเตรียมตัว และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อมารอรับการปลูกถ่ายไต และยังเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตัวได้ ถูกต้องช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สมัครลดลง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน เป็นต้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Selfregulation model) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน ซึ่งได้รวบรวมความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งในห้องปฏิบัติการพยาบาลและทางเทคนิคเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรม การเผชิญความเครียด และความทุกข์ทรมานของบุคคล ประกอบกับทฤษฎีทางจิตวิทยา พัฒนามาเป็นทฤษฎีการปรับตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive theory) มโนทัศน์หลักคือของทฤษฎีคือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Scheme) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมาแบบแผนความรู้ความเข้าใจเป็นตัว ชี้นำความสนใจของบุคคลเป็นแนวทางการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สำคัญสำคัญของทฤษฎีคือถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้หรือไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ต้องต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรงแต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน หรือบุคคลได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมซึ่งถือเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลำดับเหตุการณ์ขั้นตอนการตรวจรักษาเวลาที่เกิดและช่วงเวลาผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์นั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามและข้อมูลที่อธิบายถึง

สภาพแวดล้อมบุคคลที่เกี่ยวข้องความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียงและการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตรวจรักษาต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผลของระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ประเมินผลลัพธ์ จากผลการศึกษา หลังการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่สร้างและพัฒนาขึ้น พบว่า

คุณภาพชีวิต ความรู้ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สมัคร อยู่ในระดับดี ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ก่อนได้รับการปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อ การมาพบแพทย์ตามนัด และเมื่อได้รับการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนความรู้ การสอน การชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังปลูกถ่ายไตจาก แพทย์และพยาบาลโดยตลอดทุกครั้งที่กลับมาพบแพทย์และพยาบาลที่คลินิกสำหรับบริการผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตโดยเฉพาะทำให้เกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิต มีความรู้ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สมัคร อยู่ในระดับดี และความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต อยู่ในระดับมากที่สุด จึงสรุปได้ว่า การพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต ที่สร้างและพัฒนาขึ้นทำให้ผู้สมัคร มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม อันนำไปสู่การได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และส่งผลให้การปลูกถ่ายไตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจนาฏ รินทวช และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ความรู้เรื่องการปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไต พบว่า 1) ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตดีกว่าก่อนการพัฒนาระบบ 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต แบบไร้รอยต่ออยู่ในระดับมากที่สุด 3) ความพึงพอใจของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ให้บริการต่อการมีส่วนร่วมในการ

พัฒนา แนวทางการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อ พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแล ผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่ออยู่ในระดับมากที่สุด

5.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 จุดเด่นของการศึกษา

1) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบภายใต้บริบทของพื้นที่ และมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทำให้การวิจัยนี้มีกระบวนการวิจัยที่ชัดเจน

2) การพัฒนาระบบการดำเนินงานเกิดจากการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ส่งผลให้ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้สมัครปลูกถ่ายไตได้ ระบบการดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม

5.3.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การวิจัยนี้ศึกษาในบริบทของพื้นที่เขตเมือง แพทย์ พยาบาลทีมสหสาขาวิชาชีพ เพียงพอ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลและวินิจฉัยโรค ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทของพื้นที่ชนบทและโรงพยาบาลที่ไม่มีอายุรแพทย์โรคไต ศัลยแพทย์ ทีมสหสาขาที่ยังไม่ผ่านการประเมินปลูกถ่ายอวัยวะ

2) การเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด - 19 /อุทกภัยอาจจะไม่สามารถเก็บข้อมูลโดยตรง ทีมวิจัยใช้การโทรศัพท์สัมภาษณ์ ทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน การตรวจถูกเลื่อนนัด

3) การศึกษานี้เก็บข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วย ตามทะเบียนราษฎร์ทำให้ไม่สามารถแยกได้ว่ามาจากพื้นที่อำเภออื่นๆ จังหวัดอื่นมามากน้อยแค่ไหน ดังนั้นควรเก็บข้อมูลที่อยู่อาศัยอยู่จริง เพื่อให้สามารถคืนข้อมูลและติดตามเยี่ยมได้

4) เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมถึงการให้คำปรึกษาทางด้านการดูแลปลูกถ่ายไต พร้อมทั้งมีทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการ

5) การศึกษานี้มีการพัฒนาระบบการเตรียมผู้สมัครเฉพาะรอไตบริจาค บริบทการดำเนินงานจะคล้ายรับไตบริจาคจากญาติ เพิ่มการประเมินผู้บริจาค ซึ่งหากนำไปใช้จะต้องทำความเข้าใจกับทุกสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันความสับสนจากแบบคัดกรองเดิมที่ใช้ในการดำเนินงานที่ผ่านมา

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

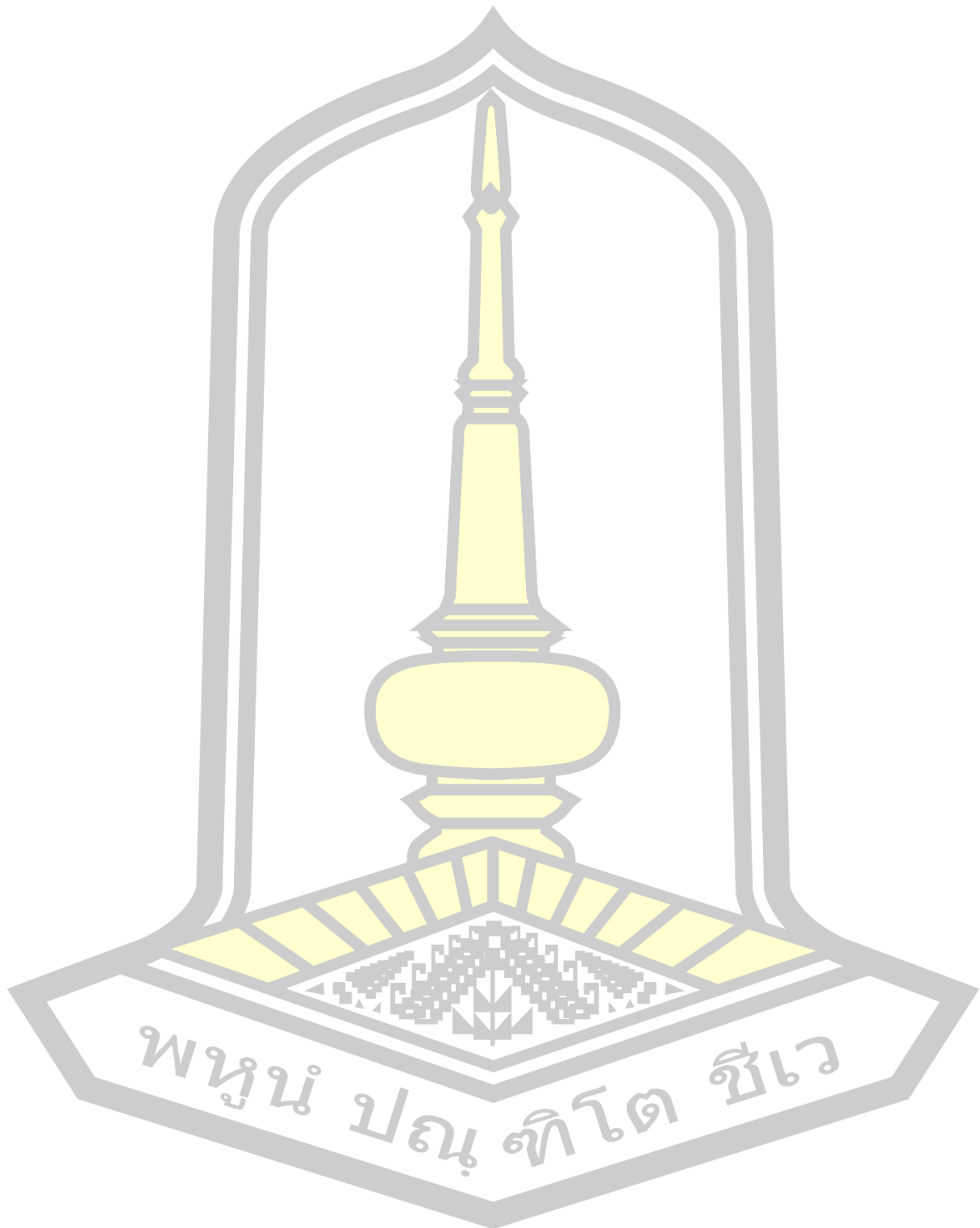
จากผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีการประสานการติดตามประเมินผู้ป่วย แต่บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล ต้องมีความรู้และความเข้าใจในการ ประเมินผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตด้วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้นมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการติดตามใช้ระบบการให้คำปรึกษาเครือข่ายทั้งภายใน โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการใกล้บ้านอย่าง ต่อเนื่อง ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้ระบบ line กลุ่มการดูแลผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายไต หรือการประชุมปรึกษาหารือการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายทีม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง และเพื่อความสะดวกอาจนำระบบการปรึกษาหารือผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เช่น ประชุมทางไกลผ่านดาวเทียม มานำใช้เพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการเตรียมผู้สมัครเพื่อรอรับการปลูกถ่ายไตที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีศึกษาในระยะยาว การติดตามในระหว่างการขึ้นทะเบียนรอการปลูกถ่ายไต เพื่อประเมิน ความรู้ความเข้าใจ การดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยแต่ละรายได้ถูกต้อง
- 2) ภายหลังจากผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านทันทีหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว เป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายไตของสถานบริการใกล้บ้าน



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center: Hdc). สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2564, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- เกรียง ตั้งสง่า. (2537). ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติงบประมาณปี พ.ศ. 2562 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2560
- คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2551 โดยกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังหลักเกณฑ์และอัตราการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตาม
- จันทร์เพ็ญ ผลวงษ์ (2555: 79). ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยสำหรับตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี
- จันทร์ธานี สงวนนาม. (2553). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: บัคพอยท์.
- ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร. (2558). คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉันทพัฒน์ พงศ์วิวัฒน์ และคณะ (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้รับการปลูกถ่ายไต
- ธีรยุทธ เจริญจรรย์ภรณ์ และคณะ. คลินิกโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลคลองขลุงโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 2564 พฤษภาคม 22] ; สืบค้นจาก : http://www.nursing.go.th/meeting_documents/2015-12-15/02.pdf.
- นุจนานฎ รินทวธ และคณะ (2563). พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตแบบไร้รอยต่อโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563
- ปัญญา สติระพจน์ และคณะ. (2557). Essential nephrology. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์.

ประเจษฎ์ เรื่องกาณูจนเศรษฐ์ (2562). การบริจาคไต, ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (2539). ภาวะไตวายเรื้อรัง. ใน มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. ตำราโรคไต. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย.

พัชรี สังข์สี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พารณ กงทอง. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2560 โสภณ นภธร. (2542). กลไกการเกิดไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

สมชาย เอี่ยมอ่อง. (2543). Nephrology. กรุงเทพฯ : Text and Journal Publication.

สมชาย เอี่ยมอ่อง และวิทยา ศรีดามา. (2539). ตำราอายุรศาสตร์ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมยศ นาวิการ. (2544). การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : บรรณกิจ.

สมศรี เผ่าสวัสดิ์ (2556). คู่มือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการปลูกถ่ายไต. กรุงเทพฯ : เฮลต์ เวียร์.

สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย (Thai Transplantation Society). (2563). รายงานข้อมูลการปลูกถ่ายอวัยวะประจำปี.ศ. 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย (Thai Transplantation Society). (กันยายน 2563). Thai Transplantation Care ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย(Thai Transplant Registry 2020) กรุงเทพฯ :สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). Thailand renal replacement therapy year 2015. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). Thailand renal replacement therapy year 2020. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วย ซีเอ พีดี. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ขอนแก่นการพิมพ์.

- สุพัฒน์ อาสนะและคณะ (2562) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในพื้นที่เขต
 สุขภาพที่ 8 วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
 2562 (140-149)
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ (2559). ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น
 โสภณ จิรสิริธรรมและคณะ. (บก.). (2554). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษามหา
 ราชา. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- อดิศว์ ทัศนรงค์, สาธิต คุระทอง, ขจรศักดิ์ นพคุณ และณัฐวุฒิ โทวนนำชัย. (2562). ตำราปลูกถ่าย
 อวัยวะ: สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2562. (เอกสารอัดสำเนา).
 อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2563. (เอกสารอัดสำเนา).
 อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2564. (เอกสารอัดสำเนา).
 อุบลราชธานี : โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย. (2563). รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ : ศูนย์รับบริจาค
 อวัยวะสภากาชาดไทย.
- อดิศว์ ทัศนรงค์และคณะ. (2562). ตารางการปลูกถ่ายอวัยวะ Textbook of Organ
 Transplantation (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น
 จำกัด.
- อภัย สุขเจริญ (2556: 51).การพัฒนาแบบแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้อง
 ตรวจทางเดิน อาหารส่วนต้น
- อุษณา สุวีระและคณะ. (บก.). (2538). การปลูกถ่ายไต. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร.
- Aiyasanon N, Premasthian N, Nimmannit A, Jetanavanich P, Sritippayawan S. Validity
 and reliability of CHOICE healthexperience questionnaire: Thai version. J Med
 Assoc Thai2009; 92: 1159-66.
- Andreoni, K. A., Forbes, R., Andreoni, R. M., Phillips, G., Stewart, H., & Ferris, M. (2013).
 Age-related kidney transplant outcomes: Health disparities amplified in
 adolescence. JAMA Internal Medicine, 173(16), 1524-1532
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and
 quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. The Annals of Family
 Medicine, 5(5), 395-402.

- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *The Annals of Family Medicine*, 5(5), 395-402.
- Bezerra, I. C., Silva, C. B., & Elias, M. R. (2018). Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: Do anxiety, stress and depression matter. *Biomed Central Nephrology*, 19(98), 1-6.
- Chapman, J. R. (2017). Progress in transplantation: Will it be achieved in big steps or by marginal gains?. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(2), 287-295.
- Fresenius Medical Care. (2013). Annual report 2013. Retrieved April 1, 2019, from https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/de/pdf/investors/News_Publications/Annual_Reports/2013/FMC_Annual_Report_2013_en.pdf
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., Shahinian, V. (2019). Us renal data system 2018 annual data report: Epidemiology of kidney disease in the united states. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), 1-772.
- Fresenius Medical Care. (2018). Number of dialysis patients worldwide - forecast to 2025. Retrived March 21, 2019, from <https://www.freseniusmedicalcare.com/en/investors/at-a-glance/outlook/>.
- Garcia, G., Harden, P., & Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *Indian Journal of Nephrology*, 22(2), 77-82.
- Goncalves, C. R. P., Reveies, F. A., Martins, F. H., Rodrigues, L. I., & Rodrigues, M. M. S. (2016). Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review. *Journal of Nursing Reference*, 4(8), 121-130
- Gordon, E. J., Prohaska, T. R., Gallant, M., & Siminoff, L. A. (2009). Self-care strategies and barriers among kidney transplant recipients: A qualitative study. *Chronic Illness*, 5(2), 75-91.
- Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO). (2013). Clinical practice guide for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*, 3(1), 1-150.

- Kochasenee, P., & Jittinan, A. (2019). Chronic kidney disease and initiation of dialysis. Essentials in hemodialysis. Bangkok: Text and journal publication. [In Thai]
- Kramer, A., Pippias, M., Noordzij, M., Stel, V. S., Andrusev, A. M., Aparicio-Madre, M. I., & Jager, K. J. (2019). The European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) Registry Annual Report 2016: A summary. *Clinical Kidney Journal*, 11(1), 1-19.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2017). National chronic kidney disease fact sheet. https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney_factsheet.pdf
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2017). National chronic kidney disease fact sheet. https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney_factsheet.pdf
- National Health System England. (2017). Framework for patient and public participation in public health commissioning. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ph-participationfrmwrk.pdf>.
- International Society of Nephrology. (2016). Collaborating for safer kidney transplants globally. https://www.theisn.org/images/ISN_News_57_Site.pdf.
- National Health System England. (2017). Framework for patient and public participation in public health commissioning. Retrieved March 21, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/ph-participationfrmwrk.pdf>
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. (2012). Kidney Disease Statistics for the United States. Retrieved from http://www.niddk.nih.gov/healthinformation/healthstatistics/Documents/KU_Diseases_Stats_508.pdf.
- National Kidney Foundation. (2015). Global fact: About kidney disease. <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>
- National Kidney Foundation. (2015). Global fact: About kidney disease. <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>

National Kidney Foundation. (2015). Global fact: About kidney disease.

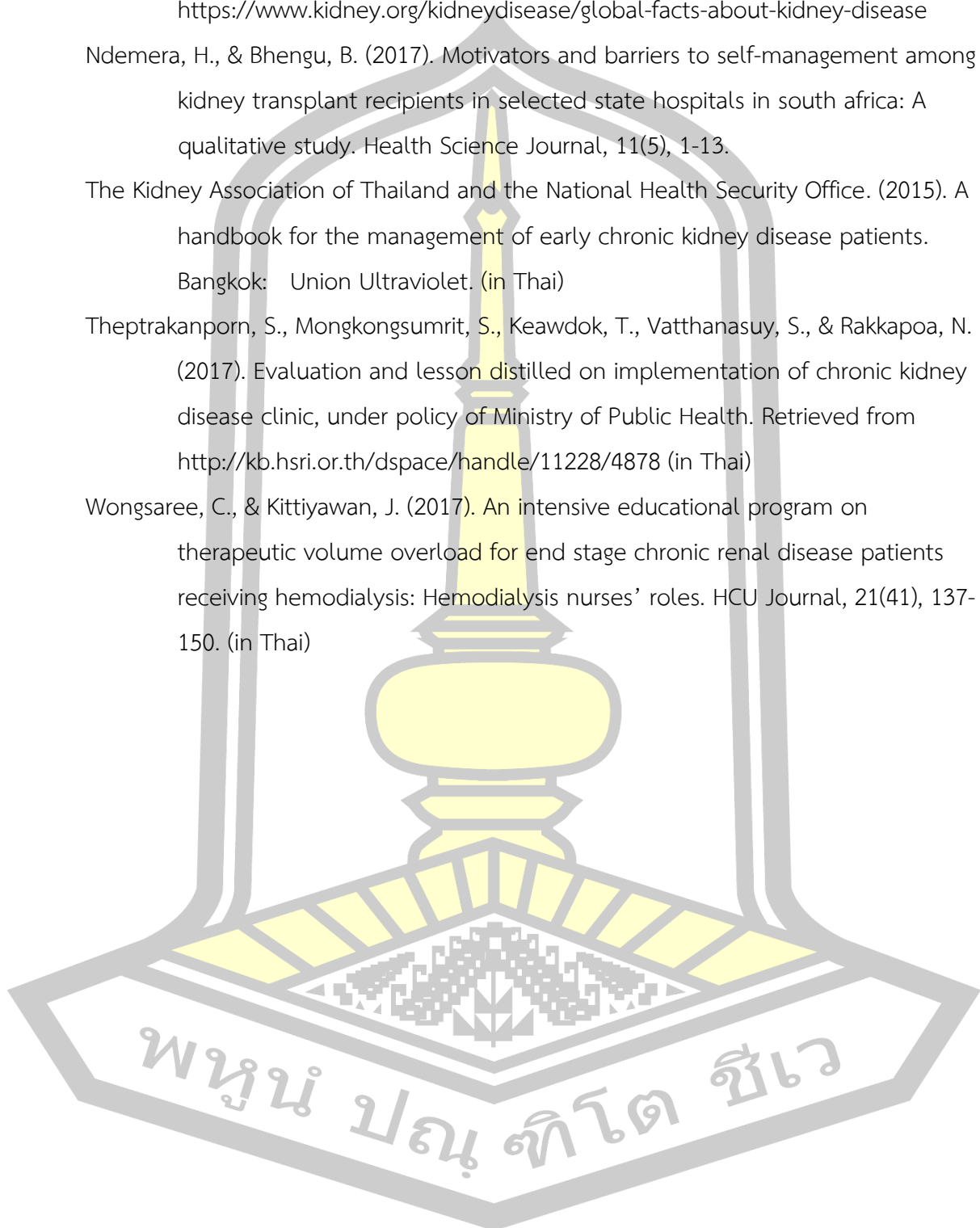
<https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>

Ndemera, H., & Bhengu, B. (2017). Motivators and barriers to self-management among kidney transplant recipients in selected state hospitals in south africa: A qualitative study. *Health Science Journal*, 11(5), 1-13.

The Kidney Association of Thailand and the National Health Security Office. (2015). A handbook for the management of early chronic kidney disease patients. Bangkok: Union Ultraviolet. (in Thai)

Theptrakanporn, S., Mongkongsumrit, S., Keawdok, T., Vatthanasuy, S., & Rakkapoa, N. (2017). Evaluation and lesson distilled on implementation of chronic kidney disease clinic, under policy of Ministry of Public Health. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4878> (in Thai)

Wongsaree, C., & Kittiyawan, J. (2017). An intensive educational program on therapeutic volume overload for end stage chronic renal disease patients receiving hemodialysis: Hemodialysis nurses' roles. *HCU Journal*, 21(41), 137-150. (in Thai)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวมานะพันธ์ อุตทอง
วันเกิด	วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2530
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 48 หมู่ 5 บ้านหนองแฝก ถนนชยางกรู ตำบลยางสักกระโหล่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34140
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถนนสรรพสิทธิ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2548 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนารีนุกูล จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2553 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2561 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ ปณุกิตโต ชีวะ