



สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner's Competency
in Advance Care Planning and Related Factors

ทิพย์ศิริ สหวรพันธุ์

Tipsiri Sahaworapan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Prince of Songkla University

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner's Competency
in Advance Care Planning and Related Factors

ทิพย์ศิริ สหวรพันธุ์

Tipsiri Sahaworapan

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Prince of Songkla University

2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	สมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ผู้เขียน	นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ)	.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ)
	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย)
	.....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เถกิง วงศ์ศิริโชติ)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวทิพย์ศิริ สหวรรณธุ์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวทิพย์ศิริ สหวรรณธุ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ผู้เขียน	นางสาวทิพย์ศิริ สหวรรณันธุ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่งภายใต้บริบท 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 385 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามานะ การสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .96 และทดสอบค่าความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่า .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลวิจัย พบว่า 1) สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = .83$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการอภิปรายมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.52, SD = .89$) รองลงมา คือ ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน ($M = 3.48, SD = .81$) และด้านการสรุปผลและการติดตาม ($M = 3.40, SD = .87$) ตามลำดับ 2) ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล ประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, r = .38, r = .25, r = .47, r = .33, p < .01$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และควรมีการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนา

พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้มีสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้า, พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต, สมรรถนะ

Thesis Title	Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner's Competency in Advance Care Planning and Related Factors
Author	Ms. Tipsiri Sahaworapan
Major Program	Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2022

ABSTRACT

This descriptive research aimed 1) to describe level of the renal replacement therapy nurse practitioner's competency in Advance Care Planning (ACP), and 2) to examine the correlation between renal replacement therapy nurse practitioner's competency in ACP and related factors. The sample size were 385 renal replacement therapy nurse practitioners in 41 secondary and 23 tertiary hospitals in 13 Thailand health regions. The sample size was calculated by Yamane formulation, and a proportionate stratified sampling method was used. The instruments used in the collecting data including a demographic data form, and an instrument to measure renal replacement therapy nurse practitioner's competency in ACP. The content validity index (CVI) of instrument was .96 by five experts, the Alpha Cronbach reliability was .98. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation and Point biserial correlation were used to analyze the data.

The result showed that: 1) the renal replacement therapy nurse practitioner had overall competency in ACP at a moderate level ($M = 3.47, SD = .83$). When considering each component, the renal replacement therapy nurse practitioner's competency in ACP with communication were the highest level ($M = 3.52, SD = .89$), followed by identifying and assessment ($M = 3.48, SD = .81$), and summary and monitoring ($M = 3.40, SD = .87$), respectively; 2) In term of the factors related to the renal replacement therapy nurse practitioner's competency in ACP, the renal replacement therapy nurse practitioner's age, job experiences, level of education, the number of renal patients in ACP, and the training palliative were positive correlation with renal replacement therapy nurse practitioner's competency in ACP at a significance ($r = .47, r = .38, r = .25, r = .47, r = .33, p < .01$, respectively)

The results of this research can be used for improving the renal replacement therapy nurse practitioner's competency of ACP. Further study could be training for developing renal replacement therapy nurse practitioner to have competency in ACP for chronic kidney patients.

Keywords: Advance care planning, Renal replacement therapy nurse practitioner, Competency

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตา กรุณา และช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษาทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่และปรารถนาดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อให้ได้แนวคำถามที่ชัดเจน ครอบคลุมตรงประเด็นที่ทำการศึกษา

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ประสาน และพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาล 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศไทย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีจนทำให้วิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาให้ทุนเพื่อสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่อบรมสั่งสอน ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ รวมทั้งคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่เป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด และขอขอบคุณเพื่อนพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความรักความห่วงใย เป็นกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ทิพย์ศิริ สหวรรณพันธุ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
Abstract	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
นิยามศัพท์	8
ขอบเขตการวิจัย	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	11
ความหมายและเป้าหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้า.....	11
องค์ประกอบของการวางแผนดูแลล่วงหน้า.....	13
ขั้นตอนของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	14
สถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	16
สภาวะการณ์เจ็บป่วยและการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.....	18
สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า	20
ความหมายของสมรรถนะ.....	20
บทบาทการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต.....	21
สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต...25	
การประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไต.....	28

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ	
	การบำบัดทดแทนไต.....	29
	สรุปการทบทวนวรรณกรรม	35
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	37
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
	การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	37
	การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	38
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
	การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	41
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	46
	ผลการวิจัย.....	47
	อภิปรายผลการวิจัย	58
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	69
	สรุปผลการวิจัย	69
	ผลการวิจัย.....	70
	ข้อจำกัดในการวิจัย	71
	ข้อเสนอแนะ	71
	เอกสารอ้างอิง	73
	ภาคผนวก.....	86
	ภาคผนวก ก ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	87
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	94
	ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	99
	ภาคผนวก ง การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	100
	ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย.....	102

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ฉ การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	103
ภาคผนวก ช หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย	105
ภาคผนวก ซ หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย.....	106
ภาคผนวก ฌ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	108
ประวัติผู้วิจัย.....	116

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
2	คะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่งหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N = 385).....	51
3	คะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับสมรรถนะ และสมรรถนะ รายด้านการวางแผนดูแลล่งหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (N = 385).....	52
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่ง หน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (N = 385).....	57
5	กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	89
6	การประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Context validity index: CVI).....	100
7	การคำนวณค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่งหน้า ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต.....	103
8	Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลอายุ.....	109
9	Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน.....	110
10	Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแล ล่งหน้า.....	112

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาศมรรถนะการวางแผนดูแลล้งหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2	ขั้นตอนการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป.....	87
3	การกระจายของข้อมูลอายุ.....	108
4	การกระจายของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน.....	110
5	การกระจายของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลล้งหน้า.....	111
6	Normal Q-Q plot ของข้อมูลอายุ.....	113
7	Normal Q-Q plot ของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน.....	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยในอนาคต การค้นหาและกำหนดบทบาทของผู้ตัดสินใจแทน (ศรีเวียง, 2563; Rietze et al., 2016) และอาจบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้สำหรับเตรียมการดูแลรักษาผู้ป่วยในอนาคต การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้กับทีมสุขภาพและญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่มีความสามารถในการสื่อสารหรืออยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต (ศรีเวียง, 2563; Schrijver & Cherny, 2014) เมื่อทีมสุขภาพทราบแนวทางการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยจึงเกิดการรักษาที่ถูกทาง ทำให้ลดการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่มีเจตจำนง (Khandelwal et al., 2015) ลดความวิตกกังวลและลดความขัดแย้งในการตัดสินใจเลือกการรักษาระหว่างญาติและทีมสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น ซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่โรงพยาบาลส่งผลต่อค่าใช้จ่ายเกือบถึง 2 เท่าของการเสียชีวิตจากบ้าน (Sampson et al., 2012) และผลของการได้วางแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายไม่เกิดความทุกข์ทรมานในวาระท้าย ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตมีเพียงร้อยละ 10 และวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยเหลือเพียง 5 วัน (ภมรรัตน์และศิริจิต, 2565) เห็นได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระท้ายและได้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีตามความต้องการของตนเองหรือที่เรียกว่า การตายดี (ฤกษ์ณาพรและคณะ, 2560; Flidner et al., 2021)

ปัจจุบันมีมาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ว่าด้วยการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลในการจัดการชีวิตและร่างกายของตนเอง ซึ่งสิทธิดังกล่าวได้รับรองจากรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2560 และกฎหมายตามมาตรา 8 และมาตรา 12 แห่งพระบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมาตรา 8 ได้รับรองหลักการของความยินยอมที่ได้รับบอกกล่าว (Informed consent) และมาตรา 12 วรรค 2 ว่าด้วยการประสงค์ไม่ขอรับการรักษาในวาระท้ายของชีวิต มีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างชัดเจนเพื่อเคารพเจตนาของผู้ป่วยที่แสดงไว้ล่วงหน้า (คณะทำงานจัดทำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับประเทศไทย, 2565; พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพุทธศักราช 2550, 2550) จะเห็นได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีนโยบายและกฎหมายออกมารองรับสนับสนุน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์

การใช้สมุดเบาใจซึ่งเป็นเอกสารที่แสดงถึงเจตนาของผู้ป่วยและเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผนดูแลล่วงหน้า บางส่วนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนโดยไม่ทราบว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแลล่วงหน้า (กฤษณาพรและคณะ, 2560) บางส่วนรับรู้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ การวางแผนจำหน่ายและการวางแผนทางการพยาบาล (วรภรณ์, 2557) ส่งผลให้ไม่เกิดการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยจึงไม่ได้เตรียมตัวเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเมื่อตนเองไม่สามารถสื่อสารหรือไม่รู้สีกตัวเมื่ออาการดำเนินเข้าสู่ระยะวิกฤตผู้ตัดสินใจแทน คือ ญาติผู้ซึ่งไม่ได้เตรียมบทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจแทน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเฉียบพลันส่งผลให้อยู่ในสภาพทุกข์ทรมานจากเครื่องพยุงชีพทางการแพทย์โดยที่อาจจะไม่ใช่ความต้องการของผู้ป่วย จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินร้อยละ 45.70 ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งที่สมควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองและควรได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ปองกมล, 2562)

การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสำคัญอย่างมาก จากวิถีความเจ็บป่วยและความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายจะมีระยะสงบและระยะวิกฤตสลับกันไปมาตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ลดลงและเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามอาการเจ็บป่วย บางครั้งเกิดอาการแทรกซ้อนจนทำให้ความสามารถทางร่างกายลดลงและเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือวาระท้ายของชีวิตโดยไม่ทันได้เตรียมตัว ดังนั้น ควรมีการบูรณาการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมการดูแลรักษาตามความต้องการของตนเองเมื่อต้องอยู่ในวาระท้ายของชีวิต (กิตติกรและคณะ, 2564; ศรีเวียง, 2565; Anderson et al., 2020)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยสามารถเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ทุกระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่เหมาะสมหรือเวลาทอง (Golden time) ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ก่อนที่ได้รับการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตหรือหลังจากที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เคยผ่านภาวะวิกฤตมา (ศรีเวียง, 2565; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560; สุพจน์, 2561; Kataoka-Yahiro et al., 2011) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนล่วงหน้าร่วมกับครอบครัวและทีมสุขภาพ พบว่า พยาบาลไตเทียมเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการวางแผนดูแลหน้าครอบครัวประกอบตลอดจนนำไปสู่การบันทึกเป็นหนังสือแสดงเจตนาเรียบร้อยแล้วและผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกการรักษาที่ไม่รุกรานหรือไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในวาระท้าย (O'Halloran et al., 2020) ประเทศไทยได้กล่าวถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้ในการประชุมปรึกษาทางครอบครัว (Family meeting) ซึ่งเป็นการพูดคุยระหว่างบุคคลในครอบครัวและทีมสุขภาพให้

ทราบความต้องการของผู้ป่วยและยังมีการปรึกษาหารือระหว่างการเลือกแนวทางการรักษาโดยผ่านการเห็นชอบและการยอมรับซึ่งกันและกัน (กัลปิงหาและแสงทอง, 2563) จากการศึกษาของอภิตีและศศิธร (2562) พบว่า สิ่งที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับผลกระทบ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือ การวางแผนดูแลล่วงหน้า (อภิตีและศศิธร, 2562) จากการศึกษากรณีตัวอย่างของกันตพร (2562) การวางแผนดูแลล่วงหน้าส่งผลให้ญาติผู้ที่ได้รับการเตรียมบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจแทน ตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและทีมสุขภาพ จึงควรพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเห็นตลอดการเปลี่ยนแปลงของระยะการดำเนินโรค (Kubi et al., 2020; Luckett et al., 2017)

พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลให้การรับรองและได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และปฏิบัติงานในหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมีบทบาทในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นบทบาทการประเมินบทบาทการให้ข้อมูล บทบาทอำนวยความสะดวกและการประสานงาน บทบาทการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ บทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทการติดตามดูแลต่อเนื่อง บทบาทการเตรียมผู้ตัดสินใจแทน และบทบาทในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม สิ่งสำคัญในการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีสมรรถนะในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งสมรรถนะทางการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลแสดงออกมาด้วยวิถีคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานหรือสูงกว่าที่กำหนด (สภาการพยาบาล, 2561) จากการศึกษาของฮิลล์และคณะ (Heale et al., 2018) ได้ศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) ด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา (Communication and consultation) ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ (Advocate) และด้านการจัดการรักษา (Therapeutic management) และในประเทศไทยพบการศึกษาของวารภรณ์ (2557) เป็นการศึกษาการรับรู้บทบาทหน้าที่และปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูง ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูงรับรู้บทบาทของตนเองในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างองค์รวม การให้ข้อมูลและคำปรึกษา การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การประสานงาน และการเป็นตัวแทนผู้ป่วยและครอบครัว ผลจากการสำรวจความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูงในการ

วางแผนดูแลล่วงหน้า พบว่า ต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้า การสร้างความตระหนักในการวางแผนดูแลล่วงหน้า และต้องการให้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าการศึกษาศมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตยังไม่มีการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อทักษะการสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาล (นุชนาถและคณะ, 2557) พยาบาลที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ดีกว่ากลุ่มพยาบาลที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากประสบการณ์และระยะเวลาในการทำงานมากกว่าและสามารถเพิ่มความมั่นใจในใจการใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (Cheng et al., 2021; Fan, & Rhee, 2017) จากหลายการศึกษายังกล่าวถึง ประสบการณ์ทำงานหรือระยะเวลาในการทำงาน ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Cheng et al., 2021; Fan & Rhee 2017; Hsieh et al., 2019; Rogers et al., 2019; Werner & Schiffman, 2020) อีกทั้งระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของพยาบาลยังมีผลต่อความรู้ ทักษะ และความรอบรู้ของในการปฏิบัติวางแผนดูแลล่วงหน้า (Chan et al., 2019) และการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ต่างกัน (Cheng et al., 2021) นอกจากนี้จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้พัฒนาทักษะการสื่อสาร การร่วมกันตัดสินใจ และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากขึ้น (O'Halloran et al., 2020) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาล เช่น การได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง การได้รับการเข้าร่วมอบรมการพัฒนาทักษะการวางแผนดูแลล่วงหน้า ยังมีผลต่อการเข้าร่วมและการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อผู้ป่วยอีกด้วย (Gilissen et al., 2017; Hsieh et al., 2019; O'Halloran et al., 2020) จากการศึกษารูปแบบการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยาย การสร้างบทบาทสมมติ การอบรมเชิงปฏิบัติแบบสถานการณ์จำลอง (Luckett et al., 2017; Owen et al., 2022)

บริบทการทำงานของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตประกอบไปด้วย หน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง โดยคลินิกไตเรื้อรังเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในคลินิกไตเรื้อรังมีการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (ธวัชและคณะ, 2562) และเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านระยะการดำเนินของโรคไตเข้าสู่ระยะที่ 5 ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง การเปลี่ยนทดแทนไต และการรักษาไตแบบประคองประคอง (สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) โดยพยาบาลในหน่วยไตที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะแต่ละวิธีจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยเลือกการรักษาไตแบบประคับประคอง (กัลปิงหาและแสงทอง, 2563; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) ส่งผลให้การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกการรักษาแบบอื่นอาจจะถูกมองข้ามไป ปัจจุบันมีการนำร่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหน่วยไตเทียม แต่ทว่าเป็นการนำโดยพยาบาลประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ (กัลยา, 2564) ซึ่งทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตไม่ค่อยมีบทบาทในการวางแผนดูแลล่วงหน้าทั้งที่เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเห็นระยะการดำเนินของโรคของผู้ป่วยมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจะสื่อสารความต้องการแนวทางการรักษา คุณค่า ความเชื่อให้กับพยาบาลผู้ตนเองคุ้นเคยและผู้ป่วยเกิดความไวใจทำให้เกิดการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพและครบองค์ประกอบ (Kubi et al., 2020; Rogers et al., 2019) จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่า การเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้ายังมีน้อย (จิตติมา, 2563) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวในวาระท้าย การศึกษาของต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิฤตในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้ากันอย่างแพร่หลาย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการวางแผนดูแลหน้ายังมีค่อนข้างน้อย รวมถึงการศึกษาในบริบทประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาการรับรู้ปัจจัยการวางแผนดูแลล่วงหน้าในพยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูงและการศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ และยังไม่มีการศึกษาการวางแผนดูแลหน้าของพยาบาลผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้มีสมรรถนะในการวางแผนดูแลหน้าต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตหรือไม่ อยู่ระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลล์และคณะ (Heale et al., 2018) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (วราภรณ์, 2557; สายฝน, 2560; Fliedner et al., 2021; Luckett et al., 2017; Northland District Health Board, 2015; Zhou et al., 2010) สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หมายถึง การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าซึ่งได้ออกมาเป็นสมรรถนะทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน (Identify and assessment) สมรรถนะด้านการอภิปราย (Discussion) และสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม (Summary and monitoring)

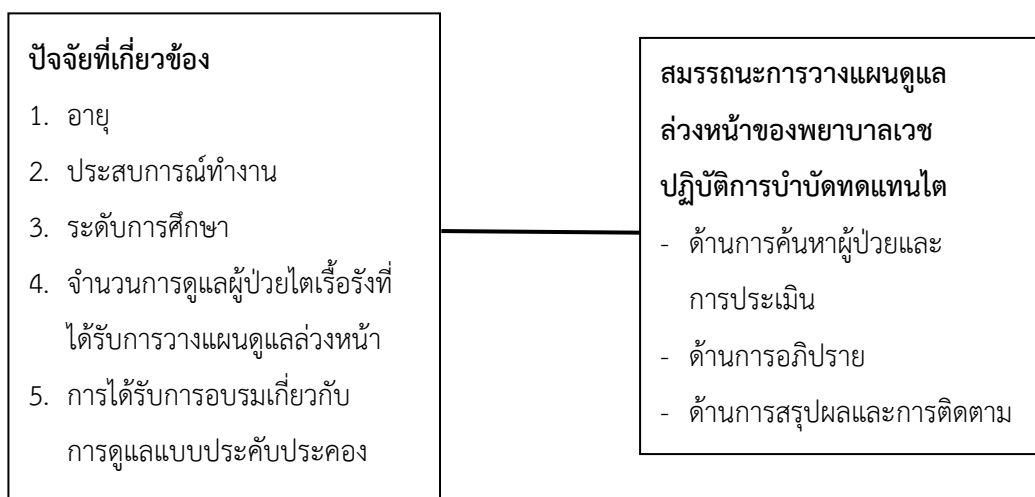
สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการวางแผน

ดูแลล่วงหน้า การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจะเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สมรรถนะด้านการอภิปราย หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสื่อสาร อภิปรายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาในอนาคตโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

สมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการสรุปบันทึกการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาตามการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้และการทบทวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นระยะ ๆ ทบทวนความต้องการของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงการดูแลล่วงหน้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

นิยามศัพท์

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตแสดงออกมาเป็นสมรรถนะทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน (Identify and assessment) สมรรถนะด้านการอภิปราย (Discussion) และสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม (Summary and monitoring) ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการพัฒนาจากแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลล์และคณะ (Heale et al., 2018) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถประเมินโดยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หมายถึง ปัจจัยที่ศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ประกอบไปด้วย ดังนี้

1. อายุ หมายถึง อายุของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ซึ่งนับเป็นปีจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม หากมีจำนวนเดือนเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี
2. ประสบการณ์ทำงาน หมายถึง ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่การเริ่มทำงานในหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังตลอดจนถึงการทำงานในปัจจุบัน นับเป็นจำนวนปี หากมีจำนวนเดือนเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี
3. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต แบ่งเป็น ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก

4. จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตได้มีการเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือปฏิบัติการวางแผนดูแลหน้ากับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นับเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และนับจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเริ่มปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ

5. การได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง หมายถึง การที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตได้มีโอกาสได้รับอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคองจากทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก โดยได้รับการอบรมในรูปแบบในสถานที่ (Onsite) หรือออนไลน์ (Online)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 เขตสุขภาพของประเทศไทย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ความสำคัญของการวิจัย

1. นำข้อมูลหรือองค์ความรู้ใหม่ที่ได้ไปพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าในบริบทของหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองหรือเชิงทดลองในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้น ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายและเป้าหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้า
 - 1.2 องค์ประกอบของการวางแผนดูแลล่วงหน้า
 - 1.3 ขั้นตอนของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.4 สถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
 - 1.5 สถานะการเจ็บป่วยและการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
 2. สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า
 - 2.1 ความหมายของสมรรถนะ
 - 2.2 บทบาทการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
 - 2.3 สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
 - 2.4 การประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด
- ทดแทนไต
- 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
3. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าเริ่มต้นมาจากแนวคิดการทำหนังสือพินัยกรรมชีวิตซึ่งเน้นที่ตัวเอกสาร ต่อมาได้มีการพัฒนาและเกิดขึ้นเป็นกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อเน้นที่ตัวผู้ป่วยมากขึ้น (เต็มศักดิ์, 2554) มีองค์ประกอบ คือ การพูดคุยสื่อสารความปรารถนาแนวทางการรักษาและความต้องการในวาระท้าย การร่วมกันค้นหาผู้ตัดสินใจแทน และการจัดทำหนังสือแสดงความจำนง การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นการเตรียมการดูแลแบบองค์รวมในวาระท้ายที่ครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระท้าย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อ ดังนี้ 1) ความหมายและเป้าหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้า 2) องค์ประกอบของการวางแผนดูแลล่วงหน้า 3) ขั้นตอนของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 4) สถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และ 5) สถานะการณ์เจ็บป่วยและการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รายละเอียด ดังนี้

1.1 ความหมายและเป้าหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้ใกล้เคียงกัน พอสรุปความหมายของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หมายถึง กระบวนการสื่อสารสองทาง (เต็มศักดิ์, 2558) กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ สามารถทำได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน (กฤษณาพรและคณะ, 2560; Emanuel et al., 2000; Sudore et al., 2017) การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาและทำความเข้าใจถึงคุณค่าความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง การเลือกแนวทางการดูแลรักษาตามความต้องการของตนเองในอนาคต และปรึกษาหารือเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาที่วางไว้กับครอบครัวและผู้ทีมสุขภาพ (Rietjens et al., 2017; Sudore et al., 2017) รวมถึงการทำเอกสารเพื่อแสดงความจำนงไว้ (Emanuel et al., 2000) มีการร่วมกันค้นหาและกำหนดบทบาทของผู้ตัดสินใจแทน (Proxy nomination) (เต็มศักดิ์, 2558; Emanuel et al., 2000; Rietjens et al., 2017) แผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้จะมีผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะที่ไม่มีความสามารถในการสื่อสาร ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรืออยู่ในภาวะวิกฤตโดยการวางแผนดูแลล่วงหน้าผู้ป่วยสามารถทำได้ทุกช่วงอายุตามความต้องการ (Rietjens et al., 2017) หรือเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคที่เข้าเกณฑ์พิจารณาให้เริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากแพทย์ (เต็มศักดิ์, 2558)

การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวในวาระท้าย (Preparing for end-of-life) การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนการดูแลรักษาไว้ในอนาคต ได้มีการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในวาระท้ายก่อนที่จะจากไป (Fleuren et al., 2020) หรือการเตรียมพร้อมสำหรับการตายดี (Good death) (กฤษณาพรและคณะ, 2560) จากการศึกษา พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยได้เตรียมตัวไว้ในวาระท้าย ได้แก่ การวางแผนโดยไม่ประสงค์ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ประสงค์กดนวดหัวใจ ประสงค์ใช้ยาแก้ปวดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายในวาระท้าย ผู้ป่วยประสงค์ที่จะเลือกสถานที่เสียชีวิตซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกที่บ้าน และประสงค์ที่จะพบบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รักในวาระท้าย เป็นต้น (ภมรรัตน์และศิริจิต, 2564)

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพในวาระท้าย (Improving end-of-life care) การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะการเริ่มดำเนินของโรค โดยมีการบูรณาการแนวทางการรักษาตามความปรารถนาของผู้ป่วยร่วมกับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล เพื่อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับการรักษาลดจนการดูแลรักษาในวาระท้ายของผู้ป่วย (Fleuren et al., 2020) จากการศึกษา พบว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลที่ดีในวาระท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ การวางแผนดูแลล่วงหน้ายังสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างที่มสุขภาพและมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไว้ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลร่วมกันระหว่างที่มสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศรีเวียง, 2563; Bischoff et al., 2013)

2. ครอบครัว

การวางแผนดูแลล่วงหน้าสามารถลดภาระและความเครียดของครอบครัว (Reducing burden and stress in caregivers) เมื่อระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่มีความสามารถในการตัดสินใจหรือสื่อสารออกมาได้ ญาติหรือครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาแทนโดยที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งครอบครัวอาจเกิดความขัดแย้งและความเครียดเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วย (ปองกมล, 2562) การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการร่วมกันค้นหาผู้ตัดสินใจแทน ทำให้ครอบครัวทราบความต้องการและยึดความความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่ส่งผลต่อภาระการตัดสินใจและความกดดันจากที่มสุขภาพในการให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย และยังส่งผลต่อความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยในวาระท้าย (Kemel Schiffman & Werner, 2021) และจากการศึกษาประสบการณ์ของญาติที่

ได้รับการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า พบว่า จะทำให้เกิดความรู้สึกได้ตอบแทนสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วย การได้เรียนรู้ถึงการมีชีวิตโดยการได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในวาระท้ายของชีวิต การก้าวผ่านความรู้สึกผิดเมื่อต้องตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา (ฟวงพยอมและคณะ, 2563) และครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมบทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Proxy nomination) ฝึกการตัดสินใจเมื่ออยู่ในภาวะกดดันที่ต้องเลือกแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วย ทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ตัดสินใจแทนและทีมสุขภาพเป็นการสร้างความประทับใจให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วยในวาระท้าย (กันตพร, 2562)

3. ระบบสุขภาพ

การวางแผนดูแลหน้าลดการรักษาไม่เกิดประโยชน์ (Reducing overtreatment) ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยส่งผลให้ยืดเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยได้นานขึ้น อย่างไรก็ตามบางครั้งอาจจะไม่ใช้ความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง (กฤษณาพรและคณะ, 2560) หน้าที่ของทีมสุขภาพ คือ การรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคซึ่งทำให้ทีมสุขภาพเกิดความขัดแย้งภายในใจเกิดความรู้สึกผิดหากปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจนนำไปสู่การรักษาอย่างเต็มที่ (Gilissen et al., 2017; Rietze et al., 2018) การวางแผนดูแลหน้าจึงเป็นสิ่งที่ทำให้ทีมสุขภาพทราบความต้องการของผู้ป่วยและนำไปสู่แนวทางการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด จากการศึกษาการวางแผนดูแลหน้าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรักษาที่เหมาะสม ลดการเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่จำเป็น และยังเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับผู้ป่วยคนอื่นที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 ได้เข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Khandelwal et al., 2015)

1.2 องค์ประกอบของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การวางแผนดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การค้นหาความต้องการของผู้ป่วย (Patient preferences) 2) การแสดงเจตจำนง (Advance directive) และ 3) การระบุผู้ตัดสินใจแทน (Proxy nomination) (กฤษณาพรและคณะ, 2560; Thomas et al., 2017) รายละเอียด ดังนี้

1. การค้นหาความต้องการของผู้ป่วย (Patient preferences) คือ ทีมสุขภาพพูดคุยเพื่อค้นหาความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในอนาคต มีการพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา (Goals of care) คุณค่าความเชื่อที่มีต่อการรักษา (Value & Believe) การเลือกแนวทางการดูแลรักษาตามผู้ป่วยต้องการและปฏิเสธการดูแลที่ไม่ต้องการ จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยต้องการเลือกแนวทางการรักษาที่ส่งผลต่อความทรมาณทางด้านร่างกายน้อยที่สุด และยังมีความต้องการที่จะพบหรือจะสื่อสารกับบุคคลอื่นเป็นที่รักในวาระท้าย รวมถึงการเลือกสถานที่

เสียชีวิต (เอกภพ, 2559) จากการศึกษาของคูบีและคณะ (Kubi et al, 2020) การพูดคุยค้นหาความต้องการของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่บอกความต้องการของตนเองกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดและไว้ใจ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะสื่อสารความต้องการเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ ของการรับรู้การพยากรณ์ของโรค ดังนั้น การเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าควรเป็นพยาบาลที่มีความคุ้นเคยและรับรู้ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วย

2. การแสดงเจตจำนง (Advance directive or living will) หมายถึง ทีมสุขภาพบันทึกสิ่งที่เป็นเจตจำนงหรือความต้องการเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยโดยสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเอกสารหรือคำพูด ซึ่งรองรับด้วยกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ว่าไว้ด้วยบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น เมื่อทีมสุขภาพการดำเนินตามตามหลักเกณฑ์กฎหมายที่ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ซึ่งการแสดงเจตจำนงผู้ป่วยต้องทำขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และมีการลงนามไว้เพื่อรับรองเอกสาร (เอกภพ, 2559)

3. การระบุผู้ตัดสินใจแทน (Proxy nomination) คือ ทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยเลือกบุคคลที่รักหรือบุคคลใกล้ชิดไว้เป็นผู้ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยสามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนไว้ 2 คนในกรณีนี้ที่ผู้ตัดสินใจแทนรายที่ 1 เสียชีวิต ไม่สามารถติดต่อได้หรือปฏิเสธการทำหน้าที่ (กฤษฎาพรและคณะ, 2560; เอกภพ, 2559)

1.3 ขั้นตอนของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาจากแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) ร่วมกับแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ The Coalition for Supportive Care of Kidney Patients [CCKP] (2017) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมความพร้อม กล่าวได้ว่า การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน การเตรียมความพร้อมที่ดีจะส่งผลให้การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.1 การค้นหาผู้ป่วย (Identify) เป็นขั้นที่ใช้วินิจฉัยหรือระบุผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถค้นหาผู้ป่วยโดยการตั้งคำถาม Surprise question “คุณประหลาดใจหรือไม่ถ้าผู้ป่วยรายนี้จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี” จากการศึกษาแบบประเมินที่เป็นแนวทางที่บุคลากรทางการแพทย์นำมาใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่

แบบประเมิน Charlson Comorbidity index (CCI), Karnofsky Performance Status (KPS), Supportive and palliative care indicators tool (SPICT) นอกจากนี้ ยังมี แบบประเมิน Integrated Palliative Outcome Score: IPOS-renal patient version ใช้สำหรับประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Davison et al., 2019; Luisa et al., 2019) ทั้งนี้การวางแผนดูแลล่วงหน้าสามารถเริ่มได้กับทุกคนทั้งที่ผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วย

1.2 การประเมิน (Assessment) หมายถึง การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยต้องประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติ การประเมินสภาพร่างกาย ได้แก่ ค่าการกรองของไต ประเมินโรคร่วม ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ รวมถึงการประเมินภาวะพร่องทางปัญญา (Cognitive impairment) การประเมินทางความพร้อมทางด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินของโรค ประเมินการยอมรับของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรค (ศรีเวียง, 2563) จากการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตจะมีกลไกทางจิต แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะกลัวซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลเมื่อทราบว่าตนเองต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต กลัวการบำบัดทดแทนไต กังวลกับสิ่งที่จะเกิดในอนาคต โดยส่วนใหญ่ระยะนี้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน เพื่อก้าวผ่านสู่ระยะถัดไป 2) ระยะปรับตัว ผู้ป่วยจะเริ่มปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และเมื่อได้รับการบำบัดทดแทนไตไปสักระยะผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกเวทุนากับตนเองที่ต้องมีชีวิตประจำวันยึดติดการบำบัดทดแทนไต และ 3) ระยะซึมเศร้า จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยใกล้เข้าสู่วาระท้ายของชีวิต ซึ่งอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตไม่มีเป้าหมาย รู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญกับความตาย ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตต้องประเมินทางด้านจิตสังคมว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้ตรงกับความต้องการผู้ป่วย (Niu & Liu, 2016) การประเมินความพร้อมทางด้านสังคม ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล รายได้ การประกอบอาชีพ ประเมินทางด้านจิตวิญญาณการให้คุณค่าเกี่ยวกับความเชื่อในวาระท้ายของชีวิต ซึ่งการประเมินที่ครอบคลุมจะเป็นข้อมูลในการพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้า และอาจจะต้องมีการบันทึกผลการประเมินที่ได้เพื่อเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. ขึ้นอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า

การอภิปราย (Discussion) เป็นขั้นตอนการประชุมปรึกษา การพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการในอนาคต โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย คนในครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยอนุญาตให้เข้าร่วม และทีมสุขภาพ เนื้อหาการอภิปรายจะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การดำเนินของโรค วิธีการบำบัดทดแทนไตและภาวะแทรกซ้อน

ที่อาจจะตามมา อาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และแนวทางการจัดการกับอาการ ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจ การให้ยาจัดการอาการทางด้านร่างกาย เป็นต้น (กิตติกร, 2555; กัลป์ษาและแสงทอง, 2563; Queensland Health, 2018) และเมื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเรียบร้อยแล้วก็จะเริ่มการพูดคุยค้นหาความต้องการของผู้ป่วย การให้คุณค่ากับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงเป้าหมายการดูแลรักษาโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาจจะต้องให้เวลาผู้ป่วยในการคิดพิจารณาร่วมกับครอบครัวในการปรับตัวยอมรับ รวมถึงสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าไม่ใช่การถูกทอดทิ้งจากการรักษา การอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้าอาจจะต้องใช้ระยะเวลาหลายครั้งในการพูดคุย ทีมสุขภาพสามารถนัดผู้ป่วยในครั้งถัดไปได้เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อม

3. ชั้นสรุปผลและติดตามผล

3.1 การสรุปผล (Summary) หมายถึง การสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยร่วมกันเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ มีการสอบถามความรู้สึกเพื่อยืนยันความต้องการของผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อเป็นการทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ รวมทั้งมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะทำหนังสือแสดงเจตนากรณีไว้ก็สามารถให้ผู้ป่วยทำได้ ให้ผู้ป่วยระบุผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทน และมีการนัดผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สายสิริ, 2559)

3.2 การติดตามผล (Monitoring) ทีมสุขภาพควรมีการทบทวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังคงมีความต้องการตามที่เคยวางแผนไว้หรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนแผนได้ตามที่ต้องการและผู้ป่วยต้องมีสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วน (กฤษณาพรและคณะ, 2560) การวางแผนดูแลล่วงหน้าสามารถทบทวนได้ทุก 6-12 เดือน หรือเมื่อทีมสุขภาพพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการพยากรณ์โรค หรือผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560; Queensland Health, 2018)

1.4 สถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

สถิติทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 697.5 ล้านคน และมีจำนวน 1.2 ล้านคนที่เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย และคาดการณ์ไว้ในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Bikbov et al., 2020) ประเทศออสเตรเลียมีการทำเว็บไซต์ที่เป็นช่องทางให้ผู้ป่วยหรือแม้แต่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าไปศึกษาหรือเข้าร่วมกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามจากการสำรวจความชุกของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่ามีเพียงร้อยละ 2.8 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,006 คน ที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้อย่าง

สมบุรณ์ (Jeong et al., 2021) ประเทศมาเลเซียให้ความสำคัญกับทักษะการสื่อสารการวางแผนดูแล
 ล่วงหน้าซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้ความสำคัญต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยมุ่งเข้าใจ
 ตัวตนของผู้ป่วยมากกว่าการทำเอกสารให้สำเร็จ ประเทศสิงคโปร์มีแนวทางการขับเคลื่อนการวางแผนดูแล
 ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับประชาชนทุกคน การส่งเสริม
 บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนให้ได้รับอบรมการวางแผนดูแลล่วงหน้า การพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลของ
 โรงพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย (ปองกมล, 2562) จากสถานการณ์ทั่วโลกเห็น
 ได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่หลายประเทศพัฒนาให้ความสำคัญและมีนโยบายการส่งเสริม
 ที่ดีซึ่งอาจจะเป็นแนวทางให้กับประเทศที่กำลังพัฒนามาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้า

สถิติผู้ป่วยโรคไตในไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ๆ และคาดการณ์ว่าในปี
 พ.ศ. 2564 จะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายในระบบเพิ่มเป็นจำนวน 59,209 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี
 พ.ศ. 2560 ประมาณ 2.5 เท่า (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) สำหรับการวางแผน
 ดูแลล่วงหน้าในไทย พบว่า ส่วนมากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ กลุ่มโรคมะเร็ง แต่ใน
 กลุ่มโรคไตเรื้อรังจะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกการรักษาไตแบบประคับประคอง (ภมรรัตน์และศิริจิต, 2564;
 สุนีย์, 2562) ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยมีการประชาสัมพันธ์ในเชิงรุก การจัด
 ระบบบริการและแนวทางการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและมีโอกาส
 เข้าถึง แต่ส่วนมากจะเป็นการดำเนินโดยพยาบาลประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ (กัลยา, 2564) มีการจัด
 ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นตัวชี้วัดเกณฑ์การดูแลประคับประคองแต่ต้องเป็นผู้ป่วยประคับประคอง
 ทั้งที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรมีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ศรีเวียง, 2565) จากการอธิบายในเวที
 แลกเปลี่ยนการเรียนรู้บทเรียนพื้นที่ต้นแบบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาารมณณ์ โรงพยาบาลน่านได้มี
 นโยบายการนำร่องให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (วาริกา, 2564) และ
 ศูนย์การุณรักษ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีแผนพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้สามารถ
 ปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้และได้รับการให้คำปรึกษาจากพยาบาลประคับประคอง โดยเป็น
 การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตกับพยาบาลประคับประคอง (ศรีเวียง,
 2565) อย่างไรก็ตามเป็นการขับเคลื่อนการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดขึ้นในบาง
 โรงพยาบาล ซึ่งยังเป็นปัญหาที่ท้าทายในพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของโรงพยาบาลอื่นทั่ว
 ประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมกรวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ
 ต่างประเทศ ประเทศออสเตรเลียมีการสำรวจบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยไตที่มีส่วนร่วมในการวางแผน
 ดูแลล่วงหน้าจำนวน 375 ราย ซึ่งประกอบไปด้วย อายุรศาสตร์แพทย์โรคไตร้อยละ 23 พยาบาลเวช
 ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 65 และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตร้อยละ 12 พบว่า ควรมีการ
 ปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าในหน่วยไตและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกรายควรได้รับการวางแผนดูแล

ล่องหน้า และจากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในหน่วยไตร้อยละ 84 เห็นควรว่าพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดที่จะเริ่มปฏิบัติการวางแผนดูแลล่องหน้ากับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีบทบาทในการวางแผนดูแลล่องหน้า (Lockett et al., 2017) จากการศึกษาของโอแฮร์และคณะ (O'Hare et al., 2016) มีการสัมภาษณ์บทบาทหน้าที่ในการวางแผนดูแลล่องหน้าของทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาลคลินิกไตเรื้อรัง พยาบาลไตเทียม พยาบาลประคับประคอง และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ พบว่า ตำแหน่งความรับผิดชอบและอำนาจในการวางแผนการดูแลล่องหน้าของพยาบาลคลินิกไตเรื้อรังและพยาบาลไตเทียมไม่ชัดเจน ขาดความร่วมมือเชิงรุกและการสื่อสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่องหน้าระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายเดียวกัน ขาดความเข้าใจร่วมกันในการวางแผนการดูแลล่องหน้าของทีมสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนการทำงานเป็นทีมในการวางแผนการดูแลล่องหน้าระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายเดียวกัน (O'Hare et al., 2016) มีการศึกษาโปรแกรมการวางแผนดูแลล่องหน้าในผู้ป่วยสูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกให้เกิดปฏิบัติการวางแผนดูแลล่องหน้า ไม่ว่าจะเป็นการเริ่มการพูดคุยแนวทางการดูแลรักษาในอนาคตกับผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะเลือกการบำบัดทดแทนไตแบบใด การระบุผู้ตัดสินใจแทน โดยระยะเวลาในการเริ่มโปรแกรมตลอดจนผู้ป่วยได้รับการจัดทำแผนการดูแลล่องหน้าที่ครบองค์ประกอบและสมบูรณ์ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการดูแลล่องหน้า ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 สามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนและได้บันทึกไว้เป็นหลักฐานในระบบของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในส่วนของกรให้ผู้ป่วยพิจารณาตัวเลือกการรักษาในอนาคต อาจเนื่องจากความไม่แน่ใจและอาจจะต้องให้ระยะเวลาให้ผู้ป่วยในการตัดสินใจ และต้องมีการทบทวนการวางแผนดูแลล่องหน้าที่ได้วางไว้เป็นระยะ ๆ (O'Halloran et al., 2020)

1.5 สถานการณ์เจ็บป่วยและการวางแผนดูแลล่องหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการศึกษาวิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทำให้การวางแผนดูแลล่องหน้าเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รายละเอียด ดังนี้

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้แก่ วิธีการบำบัดรักษาทดแทนทางไตและการรักษาไตเรื้อรังแบบประคับประคอง ซึ่งวิธีการบำบัดรักษาทดแทนทางไต ประกอบด้วย

พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง และเปลี่ยนทดแทนไต ซึ่งการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

จากการศึกษาวิถีความเจ็บป่วยและความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต วิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะมีระยะสงบและระยะวิกฤตสลับกันไปมาตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค ความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจะค่อย ๆ ลดลงและเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามอาการเจ็บป่วย (กิตติกร, 2555) โดยเกิดอาการแทรกซ้อนจนทำให้ความสามารถทางร่างกายลดลงและจะกลับมาดีขึ้นเมื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อนกำลังลดลงโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว เช่น เมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกิดอาการแทรกซ้อนมีภาวะของเสียคั่งทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตลดลงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อรักษาให้อาการดีขึ้นทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตกลับเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ก็ไม่แน่นอนเสมอไป ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตและเสียชีวิตได้ทันที ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น การวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมพร้อมกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีการวางแผนทางการรักษาหากเกิดอาการแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤต

จากการศึกษาของกิตติกรและคณะ (2564) พบว่า วิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง และระยะใกล้ตาย ซึ่งควรบูรณาการการวางแผนดูแลล่วงหน้าเข้ากับวิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะ (ศรีเวียง, 2565; Anderson et al., 2020; Holley, 2012) รายละเอียด ดังนี้

1. ระยะวิกฤต เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายทำให้เกิดความตระหนักนำไปสู่การเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตและเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวต่อบำบัดทดแทนไต พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตควรเริ่มการอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อที่มีต่อการรักษาและค่านึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วย เริ่มการค้นหาผู้ตัดสินใจแทนพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากทีมพยาบาลประคับประคอง

2. ระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต เริ่มมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคไตและการรักษา เกิดโรคร่วมและร่างกายเริ่มทรุดลงส่งผลให้ผู้ป่วยอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายจนต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีการติดตามทบทวนเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้วางไว้ ทบทวนหนังสือแสดงเจตจำนง สอบถามการแสดงบทบาทของผู้

ตัดสินใจแทน พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการทบทวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากทีมพยาบาลประจำประคอง

3. ระยะใกล้ตาย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยังบำบัดทดแทนไตซึ่งจะมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายจนทำให้อาการทรุดลงและอาจจะเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และกลุ่มที่ยุติการบำบัดทดแทนไตซึ่งผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายจนให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการยุติการฟอกไต การพิจารณาเวลาที่เหมาะสมในการยุติการบำบัดทดแทนไต มีการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและพยาบาลประจำประคองในการดูแลผู้ป่วยในวาระท้ายและดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาตามการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้ทำไว้

2. สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลให้การรับรองและได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ปฏิบัติงานในหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง

2.1 ความหมายของสมรรถนะ

สมรรถนะ (Competency) เป็นคุณลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดจากความสนใจหรือประสบการณ์ของบุคคลนั้นโดยมีแรงจูงใจและทัศนคติเป็นตัวส่งเสริม (Fukada, 2018) และสมรรถนะมีความแตกต่างกับความสามารถ (Competence) กล่าวคือ สมรรถนะเป็นความสามารถในการปฏิบัติตามงานที่ได้รับมอบหมายตามมาตรฐานการทำงานในสาขานั้น ๆ (Beaver et al., 2016) ในประเทศไทย สภาการพยาบาลได้ให้ความหมายและองค์ประกอบของสมรรถนะ ดังนี้ “สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่าง ๆ” (สภาการพยาบาล, 2561)

สมรรถนะทางการพยาบาล (Nursing competency) เป็นความสามารถสำคัญในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความสามารถในการใช้ความรู้ (Knowledge) เจตคติภายในตัวบุคคล (Attributes) ทักษะ (Skill) โดยแสดงออกมาด้วยวิธีการคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติทางการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2561; Fukada, 2018)

ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

เนื่องจากคุณลักษณะของบุคคลมีความแตกต่างกันส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติต่างกัน จึงมีการกำหนดระดับสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลและการส่งเสริมสมรรถนะตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงานออกมาเป็น 5 ระดับ โดยนักวิชาการทางการพยาบาล (อุษา 2546; Benner, 1984) รายละเอียด ดังนี้

1. พยาบาลเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) หมายถึง พยาบาลที่เริ่มเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตัวเอง ต้องได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ควรได้รับการปฐมนิเทศและคำแนะนำในปฏิบัติงาน
2. พยาบาลก้าวหน้าระดับต้น (Advance beginner) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมา 1-2 ปี เป็นพยาบาลที่ผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้และอยู่ในการกำกับดูแลของพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ควรมียุทธศาสตร์ส่งเสริมให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการ
3. พยาบาลที่มีความสามารถ (Competent) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมา 2-3 ปีโดยปฏิบัติงานในบริบทเดิม สามารถแก้ปัญหาที่อยู่ในภาวะกดดันและปัญหาเฉพาะหน้าได้ ควรได้รับการอบรมเฉพาะทางหรือมียุทธศาสตร์ให้เข้าร่วมการประชุมวิชาการ
4. พยาบาลชำนาญงาน (Proficient) พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมา 3-5 ปี โดยปฏิบัติงานในบริบทเดิม มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานพอควร สามารถแก้ไขปัญหาที่อยู่ในภาวะกดดันและปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้ได้รับการอบรมเฉพาะทางหรือเรียนต่อในระดับปริญญาโท
5. พยาบาลเชี่ยวชาญงาน (Expert) พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีโดยปฏิบัติงานในบริบทเดิม มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมาก สามารถให้คำแนะนำกับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้ สามารถแก้ไขปัญหาที่อยู่ในภาวะกดดันและปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและในระยะเวลาที่เหมาะสม ควรส่งเสริมให้เรียนต่อในระดับปริญญาโทและการทำวิจัยทางการพยาบาล

2.2 บทบาทการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยและเห็นความเปลี่ยนแปลงของระยะการเปลี่ยนผ่านภาวะการเจ็บป่วย (กิตติกร, 2555) บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญในการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการกำหนดบทบาทการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ

พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยจึงได้นำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง (กัณฑ์พรและบุษยา, 2561; ธวัช, 2562; วณิชชา, 2559; ศิริลักษณ์, 2561) บูรณาการกับบทบาทของพยาบาลในการวางแผนดูแลผู้ป่วย (Bradshaw & Sinclair, 2016; Fliedner et al., 2021; Izumi, 2017) เป็นบทบาทการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทการประเมิน กล่าวคือ หากพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต มีการประเมินที่ดีที่เหมาะสมจะนำไปสู่การเริ่มการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีทักษะช่างสังเกตและความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย จากหลักการของการประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วย คือ การประเมินให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากการวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Niu & Liu, 2016) การใช้แบบประเมินในคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะสามารถเป็นแนวทางในการเริ่มต้นการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ และต้องมีการส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการประเมินให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. บทบาทการให้ข้อมูล กล่าวคือ การให้ข้อมูลเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงการให้ข้อมูลที่เป็นกลางและไม่นำความรู้สึกของพยาบาลเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง (Fliedner et al., 2021) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องให้ข้อมูลการดำเนินของโรค การพยากรณ์การดำเนินของโรคในอนาคต วิธีการบำบัดทดแทนและผลที่เกิดขึ้นทั้งด้านดีและด้านเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลผู้ป่วย ประโยชน์ของการวางแผนดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ ซึ่งการพูดคุยให้ข้อมูลอาจจะต้องใช้เวลาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ไตร่ตรองร่วมกับครอบครัว มีการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในอนาคตเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดถึงวาระท้ายของชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรมีการยกตัวอย่างการรักษาในสถานการณ์สุขภาพในภาวะวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเป็นแนวทางการดูแลรักษาของตนเองในอนาคต (The Coalition for Supportive Care of Kidney Patients [CCKP], 2017) นอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตควรมีเทคนิคการพูดคุยในการให้ข้อมูลเพื่อร่วมกันหาแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการร่วมกับทีมสุขภาพ (อนัญพร, 2565)

3. บทบาทอำนวยความสะดวกและการประสานงาน กล่าวคือ พยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย (สายฝน, 2560) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจะเป็นผู้ประสานงานนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และยังเป็นผู้ที่สื่อสารข้อมูลเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการ

วางแผนดูแลล่วงหน้า (กัลปิงหาและแสงทอง, 2563) จากการศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีส่วนสำคัญอย่างมากในการอำนวยความสะดวกในการพูดคุยระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งบทบาทการอำนวยความสะดวกของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต จะสามารถส่งเสริมให้กับแพทย์สามารถเริ่มพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Fliedner et al., 2021) และแพทย์มีความมั่นใจมากขึ้นในการเริ่มกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า เมื่อมีพยาบาลดำเนินการร่วมด้วย (Kim & Hyejin, 2021) และยังสร้างบรรยากาศที่ดีไม่เกิดความกดดันในการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว (Boot & Wilson, 2014; Rogers et al., 2019) จากการศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยมีพยาบาลเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการพูดคุย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจและเพิ่มการตอบรับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น (O'Halloran et al., 2018; O'Halloran et al., 2020) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเพราะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเป็นผู้ที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยเนื่องจากมีความคุ้นเคยกับบุคคลในทีมสุขภาพและผู้ป่วย (Rogers et al., 2019)

4. บทบาทการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ กล่าวคือ การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการให้คำแนะนำว่าการทำงานเป็นทีม (Team-based approaches) เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในวาระท้ายตามการวางแผนดูแลล่วงหน้าของตนเอง และครอบครัวที่ได้วางไว้ ไม่เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษา (Callahan, 2019; Tay et al., 2020) การทำงานร่วมกันยังสามารถลดปัญหาการทำงานแยกส่วนของทีมสุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อความเข้าใจกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย (O'Hare et al., 2016) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยได้ทำได้ (Heale et al., 2018) ตามการรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอาจจะมีความเข้าใจว่าการวางแผนดูแลหน้าเป็นหน้าที่ของพยาบาลประจำประคอง (กัลยา, 2564) บทบาทการทำหน้าที่อย่างมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญควรมีทำงานร่วมกันระหว่างทีมทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและทีมพยาบาลประจำประคองเพื่อนำไปสู่การทำงานร่วมกันในการวางแผนดูแลหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ

5. บทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณเป็นบทบาทที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตที่ดีในวาระท้ายของผู้ป่วย (สายฝน, 2560) ซึ่งการดูแลทางด้านร่างกายจะเน้นไปที่การจัดการอาการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต อาการที่อาจจะพบได้ในผู้ป่วยไตวายระยะท้าย ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการคัน อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด อาการเบื่ออาหาร ภาวะน้ำเกิน เป็นต้น (กัลปิงหาและแสงทอง, 2563) ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากให้กับผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการที่

อาจจะเกิดขึ้นได้และร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลรักษาในการจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และให้การดูแลการจัดการอาการจะเป็นไปตามแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้ จากการศึกษาหากผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการตอบสนองต่อการจัดการอาการหรือกลุ่มอาการจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจและความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Siddall & MacLeod, 2019) การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องดำรงบทบาทให้เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคลากรทางสุขภาพ การเข้าใจทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (กิตติกร, 2556) การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การพูดคุยให้ผู้ป่วยมีโอกาสระลึกถึงอดีตที่มีความหมายต่อผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และการดูแลตามหลักศาสนาความเชื่อ เป็นต้น

6. บทบาทการติดตามดูแลต่อเนื่อง กล่าวคือ เป็นอีกหน้าที่ที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีการทบทวนหรือติดตามแผนการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้วางไว้ว่าได้รับการดูแลรักษาที่ตรงตามแผนการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวได้วางไว้หรือไม่ จากการศึกษาบางครั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้มีการวางแผนดูแลล่วงหน้าในเรื่องการขอยุติการบำบัดทดแทนไตแต่พอระยะเวลาผ่านไปก็มีการเปลี่ยนใจกลับมาเลือกการรักษาโดยการฟอกไต ดังนั้น ควรมีการทบทวนคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยได้ทำไว้เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงคุณค่าและความต้องการต่อการรักษา พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีการติดตามผู้ป่วยโรคไตเป็นระยะ ๆ เพื่อทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้ทำไว้ซึ่งสามารถทบทวนได้ทุก 6 ถึง 12 เดือนหรือตามความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลล่วงหน้าแต่ไม่ทราบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งพยาบาลอาจจะต้องมีการให้ข้อมูลไว้ด้วย และยังพบปัญหาในส่วนของทำให้ผู้ป่วยพิจารณาตัวเลือกการรักษาในอนาคต ผู้ป่วยบางคนเกิดความลังเลในการตัดสินใจ ดังนั้น อาจจะต้องให้ระยะเวลาให้ผู้ป่วยในการพิจารณาและต้องมีติดตามและทบทวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยอยู่เสมอ (O'Halloran et al., 2020)

7. บทบาทการเตรียมผู้ตัดสินใจแทน กล่าวคือ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีบทบาทในการเตรียมผู้ตัดสินใจแทนหรือหาตัวแทนผู้ป่วยไว้สำหรับในอนาคตเมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการสื่อสาร โดยมีการร่วมกันพูดคุยให้ผู้ป่วยได้เลือกผู้ตัดสินใจแทนไว้โดยผ่านการยินยอมจากผู้ที่ถูกคัดเลือกซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ (กัลปิงหาและแสงทอง, 2563) มีการศึกษาโปรแกรมการวางแผนดูแลล่วงหน้านำโดยพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มที่ได้รับการฟอกเลือดมีความพึงพอใจต่อการที่ตนเองได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 50 สามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนตนเองได้ โดยพยาบาลมีการให้ข้อมูลในเรื่องของสิทธิข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ตัดสินใจแทน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความความรู้ความเข้าใจ (O'Halloran et al., 2020) โดย

หลักการของผู้ตัดสินใจแทนจะต้องเข้าใจและรับรู้ความปรารถนา คุณค่า ความเชื่อ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วย (Green et al., 2018; Tay et al., 2020) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไต ต้องเตรียมบทบาทของผู้ตัดสินใจแทนกับการเผชิญกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการยกตัวอย่างภาวะวิกฤตทางด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Heale et al., 2018; Fliedner et al., 2021)

8. บทบาทในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม กล่าวคือ ปัจจุบันมีเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การศึกษาหาความรู้หรือการฝึกบทบาทเป็นผู้ที่พร้อมจะเรียนรู้อยู่ตลอดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพยาบาลยังมีทักษะและความรู้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Hsieh et al., 2019; Werner & Schiffman, 2020) ควรมีการส่งเสริมหรือเพิ่มพูนความรู้ด้วยการศึกษาหรือการอบรมเพิ่มเติม (วราภรณ์, 2557) การสร้างความตระหนักให้แก่พยาบาลให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้พยาบาลมีแนวโน้มที่ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น (Hsieh et al., 2019) อีกทั้งการพัฒนาความสามารถการปฏิบัติทางการพยาบาลในปัจจุบันที่เทคโนโลยีก้าวไปอย่างรวดเร็ว มีความสำคัญอย่างมากที่พยาบาลต้องมีการศึกษาความรู้และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมาตรฐานที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และเป็นส่งผลต่อการพัฒนาบุคคลอื่นในองค์กร (Fliedner et al., 2021)

2.3 สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไต

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care planning competency) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า ความสามารถเข้าร่วมการประชุมหรือการอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถสื่อสารและทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาตามคุณค่า ความเชื่อ ความปรารถนาของผู้ป่วย สามารถบันทึกข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถระบุผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและศึกษาการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลเล่และคณะ (Heale et al., 2018) ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Modified delphi approach) กำหนดสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าออกมาเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) เป็นการ

ใช้ความรู้ ทักษะและทักษะของพยาบาลเพื่อปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว

2) สมรรถนะด้านการสื่อสารและการให้คำปรึกษา (Communication and consultation) เป็นการใช้ความสามารถในการสื่อสาร รู้ช่องทางการสื่อสาร และส่งข้อมูลหรือเนื้อหาไปยังผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3) สมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิ (Advocate) เป็นการนำหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณทางวิชาชีพ กฎหมายมาใช้จัดการประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

4) สมรรถนะด้านการจัดการรักษา (Therapeutic management) เป็นการใช้ทักษะในการจัดการทุกสถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วย ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร การดูแลอย่างองค์รวมให้สอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวที่วางไว้

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า ยังไม่มีสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยตรง ผู้วิจัยได้ศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยใช้แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) มาบูรณาการกับการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลเล่และคณะ (Heale et al., 2018) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (วรารักษ์, 2557; สายฝน, 2560; Fliedner et al., 2021; Luckett et al., 2017; Northland District Health Board, 2015; Zhou et al., 2010) ออกมาเป็นสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการค้นหาและการประเมิน สมรรถนะด้านการอภิปราย และสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม รายละเอียด ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการค้นหาและการประเมิน หมายถึง การรับรู้ในความสามารถของตนเองโดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ค้นหาบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ค้นหาอุปสรรคทางภาษาหรือมิติทางวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินความพร้อมด้านร่างกายด้านจิตสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและครอบครัว การประสานงานกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ประสานงานในการนัดหมายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2. สมรรถนะด้านการอภิปราย หมายถึง การรับรู้ในความสามารถของตนเองโดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สามารถอธิบายการดำเนินของโรค และอธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัว สามารถจัดการข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครอบครัวขณะพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้า อธิบายบทบาทสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ตัดสินใจแทนได้สอดคล้องตามหลักกฎหมาย สามารถตรวจสอบคุณค่า ความเชื่อที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวยึดถือ ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย สามารถรับฟังปัญหา ความกังวลและให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร การตอบสนองทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

3. สมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม หมายถึง การรับรู้ในความสามารถของตนเองโดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สามารถให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระบุผู้ตัดสินใจแทน สามารถเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าและบันทึกผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างครบถ้วน ระบุหรืออธิบายปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ส่งต่อข้อมูลการวางแผนดูแลล่วงหน้าและประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจเป้าหมายแผนการดูแลและปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ติดตามผู้ป่วยในการทบทวนคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ จัดการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกสถานการณ์ สุขภาพสอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้

ระดับสมรรถนะของพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้า

จากการศึกษาของคณะกรรมการสุขภาพเขตภาคเหนือของประเทศนิวซีแลนด์ (Northland District Health Board, 2015) ได้แบ่งระดับความสามารถของพยาบาลในปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังรายละเอียด ดังนี้

ระดับ 1 พยาบาลระดับพื้นฐาน (Basic) เป็นพยาบาลที่มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีทักษะสื่อสารขั้นพื้นฐานในการอธิบายการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถอธิบายประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ รับรู้เกี่ยวกับกฎหมายพื้นฐานที่รองรับการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ ทราบแหล่งจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ในส่วนของการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าอาจต้องขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลระดับพื้นฐานควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับการอบรมการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อฝึกฝนทักษะ

ระดับ 2 พยาบาลระดับผู้ที่มีความชำนาญ (Proficient) เป็นพยาบาลที่มีคล่องแคล่วในการใช้ทักษะการสื่อสารกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า อธิบายประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอธิบายกฎหมายพื้นฐานที่รองรับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ให้คำแนะนำแก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถบันทึกการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ครบถ้วน ในการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนอาจจะต้องปรึกษาหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญได้

ระดับ 3 พยาบาลระดับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ทักษะการสื่อสารกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถให้การวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความซับซ้อน มีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาสาระการดูแลระยะท้ายเป็นอย่างดี สามารถเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมทีมสุขภาพได้

ระดับ 4 พยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้ทักษะการสื่อสารกระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สามารถเป็นผู้ถ่ายทอดการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ท่านอื่นได้ สามารถเป็นที่ปรึกษากับทีมผู้ร่วมงาน มีส่วนสำคัญในการสร้างนโยบายและสร้างแนวปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยในองค์กร

2.4 การประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

การประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเป็นแนวทางสำหรับการวัดความสามารถของพยาบาลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ การมีสมรรถนะหรือความสามารถในปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความสามารถในการนำความรู้เจตคติ ทักษะเฉพาะด้านเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะและการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลแต่ละระดับที่แตกต่างกัน สร้างขึ้นโดย คณะกรรมการสุขภาพเขตภาคเหนือของประเทศนิวซีแลนด์ (Northland District Health Board, 2015) 2) การพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสร้างขึ้นโดยฮีลล์และคณะ (Heale et al., 2018) และ 3) การพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของวอสและคณะ (Voss et al., 2021) รายละเอียด ดังนี้

1. แบบประเมินสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลแต่ละระดับที่แตกต่างกัน สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการสุขภาพเขตภาคเหนือของประเทศนิวซีแลนด์ (Northland District Health Board, 2015) ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลแต่ละระดับ ประกอบไปด้วย ข้อคำถามที่แบ่งตามระดับความสามารถของพยาบาล ได้แก่ ข้อคำถามสำหรับพยาบาลที่อยู่ในระดับพื้นฐานจำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามสำหรับพยาบาลระดับผู้ที่มีความชำนาญจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามสำหรับพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญและเฉพาะทางจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติประจำ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ได้มีการนำไปใช้ในงานวิจัยอื่น

2. การพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาล สร้างขึ้นโดยฮีลล์และคณะ (Heale et al., 2018) พัฒนามาจากการใช้เทคนิคเดลฟายโดยผ่านฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญทางด้านวางแผนดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 3 รอบ จึงได้สมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) 2) ด้านการสื่อสารและการให้

คำปรึกษา (Communication and consultation) 3) ด้านการพิทักษ์สิทธิ (Advocate) และ 4) ด้านการจัดการรักษา (Therapeutic management)

3. การพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของวอสและคณะ (Voss et al., 2021) โดยเป็นการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าจาก 5 ระยะการพัฒนา ซึ่งออกมาเป็น สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาล 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการระบุระยะเวลาที่เริ่มการดูแลแบบประคับประคอง 2) ด้านการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ปัญหา และความต้องการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค 3) ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับความปรารถนา ข้อตกลง และแนวทางการรักษา 4) ด้านการรายงานความปรารถนา ข้อตกลง และแนวทางการรักษา 5) ด้านการตรวจสอบให้แน่ใจว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง 6) ด้านการบันทึกความปรารถนาของผู้ป่วยไว้ 7) ด้านการประสานงานร่วมกับผู้ป่วยญาติ และทีมสุขภาพ 8) ด้านการให้ความสำคัญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า 9) ด้านการสะท้อนการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้และพิจารณาสิ่งที่สามารถปรับปรุงได้ และ 10) ด้านการสื่อสารความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในทีมและองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ได้มีการนำไปใช้ในงานวิจัยอื่น

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่า ยังไม่มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยใช้แนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลล์และคณะ (Heale et al., 2018) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (วราภรณ์, 2557; สายฝน, 2560; Fliedner et al., 2021; Lockett et al., 2017; Northland District Health Board, 2015; Zhou et al., 2010) ออกมาเป็นข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non modified factors)

อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการคิด การแสดงพฤติกรรม การรับรู้ทักษะ การปฏิบัติงานของบุคคลที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของเซฟเฮิร์ดและคณะ (Shepherd et al., 2018) เป็นการศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตร่วมด้วย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลอายุในช่วง 41 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ดีกว่าพยาบาลที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากประสบการณ์และระยะเวลาในการทำงานมากกว่า ความมั่นใจในการใช้ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาอีกหลายการศึกษา กล่าวไว้ว่า กลุ่มอายุของพยาบาลที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Cheng et al., 2021; Fan, & Rhee, 2017) อีกทั้งจากการศึกษาของนุชนาดและคณะ (2557) กล่าวไว้ว่า อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการสื่อสารด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย และยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความตายและผู้ป่วยใกล้ตาย สอดคล้องกับการศึกษาของแบล็ค และเอ็มเม็ต (Black & Emmet, 2006) พบว่า พยาบาลที่มีอายุมากจะมีความสัมพันธ์กับทักษะในการสื่อสารการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวและการประสานงานร่วมกับทีมได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเฮและคณะ (Hsieh et al., 2019) และเชนและคณะ (Chan et al., 2020) ไม่พบว่าอายุของพยาบาลมีผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า กลุ่มพยาบาลที่มีอายุมากกว่าไม่มีความแตกต่างในการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับกลุ่มพยาบาลที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากการมีทัศนคติ การรับรู้การวางแผนดูแลล่วงหน้าที่แตกต่าง มุมมองความเชื่อจากความหลากหลายทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

ประสบการณ์ทำงาน เป็นสิ่งที่บุคคลสั่งสม การเรียนรู้สิ่งได้พบเจอมา ประกอบด้วย ประสบการณ์ทางตรงและประสบการณ์ทางอ้อม ประสบการณ์ทำงานของพยาบาลมีผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากการศึกษา พบว่า ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น (Shepherd et al., 2018) การศึกษาในกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า ประสบการณ์ทำงานทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ความไม่แน่นอนของชีวิตจากการได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งส่งผลต่อการเริ่มการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าและทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Haras et al., 2015; Sinclair et al., 2016) สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษา กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์ทำงานหรือระยะเวลาในการทำงานย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Cheng et al., 2021; Fan et al., 2017; Hsieh et al., 2019; Rogers et al., 2019; Werner & Schiffman, 2020) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของเซงค์และคณะ (Cheng et al., 2021) พบว่า ประสบการณ์

การทำงานของพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่าจะมีคะแนนระดับความรู้ที่มากกว่าระยะเวลาทำงานของพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า อาจเกิดจากพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเป็นกลุ่มพยาบาลที่พึงจบการศึกษายังคงมีความรู้ใหม่ ๆ ที่เพิ่งผ่านการจดจำและการเรียนรู้มา นอกจากนี้พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์หรือระยะเวลาในการทำงานที่มากกว่าได้สอนหรือให้คำแนะนำแก่พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์น้อยจะส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Northland District Health Board, 2015) จึงเห็นได้ว่าประสบการณ์ทำงานหรือความเชี่ยวชาญในการทำงานเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาล (ธีระชล, 2559)

ระดับการศึกษา กล่าวได้ว่า การสิ่งที่คุณคนได้ศึกษาหรือผ่านการถ่ายทอดความรู้ตลอดจนสามารถปฏิบัติทางการพยาบาลได้ ระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาและส่งผลต่อคุณค่าของแต่ละบุคคล (Lum et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระดับการศึกษาของบุคลากรทางแพทย์มีผลต่อความรู้ ทักษะ และความราบรื่นของในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยในวาระท้าย (Chan et al., 2019) อีกทั้งการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือระดับที่สูงกว่าจะมีระดับคะแนนการปฏิบัติในการวางแผนดูแลผู้ป่วยมากกว่าการศึกษาระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cheng et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเรียวและคณะ (Rietze et al., 2018) ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย ระดับคะแนนของความมั่นใจในการปฏิบัติไม่ได้แตกต่างกันในระดับกลุ่มการศึกษาที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละบุคคล (Fan, & Rhee, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นเพื่อพัฒนาตนเองซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย

ตำแหน่งงาน กล่าวได้ว่า เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่มอบหมายให้บุคคลที่มีคุณสมบัติได้ปฏิบัติ อีกทั้งตำแหน่งงานยังส่งผลต่อการปฏิบัติของบุคคลอื่นในสังคม (กรรณิการ์, 2556) จากการศึกษา พบว่า ตำแหน่งงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ต่างกัน พยาบาลที่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าพยาบาลมีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าพยาบาลที่มีตำแหน่งรองลงมา เนื่องจากผู้ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ได้แก่ โอกาสได้รับการส่งเสริมให้เรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น การส่งเสริมให้ได้รับการอบรม เป็นต้น ส่งผลต่อองค์ความรู้และมีความมั่นใจในการสื่อสารการวางแผนดูแลผู้ป่วย และยังมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย (Hsieh et al., 2019) สอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า การมีตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน

จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกัน (Cheng et al., 2021; Fan & Rhee, 2017) และบทบาทการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่แตกต่างกัน (Northland District Health Board, 2015; Rogers et al., 2019) จากการศึกษา พบว่า พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและอยู่ในตำแหน่งหัวหน้างานจะมีความสำคัญต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติที่อยู่ภายใต้การดูแลโดยมีอิทธิพลต่อส่งเสริมให้พยาบาลท่านอื่นเกิดการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีผลต่อการสนับสนุนให้มึนโยบาย การสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าในหน่วยงาน (Dixon & Knapp, 2018; Rogers et al., 2019)

ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด กล่าวได้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เจอมา ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติทางการพยาบาล จากการศึกษา การผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตายจะส่ง ผลให้บุคคลเข้าใจธรรมชาติของชีวิต การยอมรับการเจ็บป่วยและยอมรับความตายซึ่งส่งผลต่อการเตรียมตัวเพื่อการตายดีในวาระท้ายของผู้ป่วย (มารยาทและสิริลักษณ์, 2561) จากการศึกษาของคาสบอม (Kastbom, 2021) ได้กล่าวไว้ว่า การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือความตายของคนใกล้ชิดทำให้บุคคลได้ผ่านสภาวะทางอารมณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ การยอมรับถึงความสูญเสียที่ผ่านมาเกิดเป็นประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบส่งผลกระทบต่อความตระหนักและนำไปสู่การพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย และมีแนวโน้มที่สำเร็จมากขึ้น ประสบการณ์ของพยาบาลที่พบเจอความเจ็บป่วยและความตายในการบริบททำงานที่ผ่านมาส่งผลให้พยาบาลเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าซึ่งส่งผลให้เริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวหรือแม้แต่ตัวพยาบาลเอง (Cheng et al., 2021; Fan & Rhee, 2017) และจากการศึกษาหากพยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวหรือความตายของบุคคลในครอบครัวจะส่งผลให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะเริ่มปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Cheng et al., 2021)

ประสบการณ์การมีส่วนร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า กล่าวได้ว่า เป็นการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ผ่านมา จากการศึกษา หากพยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือเคยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะส่งผลให้พยาบาลทราบประโยชน์และผลดีที่เกิดจากการวางแผนดูแลล่วงหน้า ส่งผลให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้น (Fan & Rhee, 2017; Rietze et al., 2016) หรือแม้แต่พยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากการศึกษาในพยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดหรือผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง พบว่า หากพยาบาลมีประสบการณ์หรือเคยผ่านการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผน

ดูแลล่วงหน้าซึ่งส่งผลให้พยาบาลสามารถเริ่มหรือประเมินผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธีที่ควรเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้า (O'Halloran et al., 2020)

จำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้ดูแล จากการศึกษา พบว่า การที่พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการวางแผนดูแลล่วงหน้า การได้ดูแลจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 30 รายจะส่งผลต่อความรู้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Cheng et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของเซฟเพิร์ดและคณะ (Shepherd et al., 2018) พยาบาลที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยผู้ป่วย 11-30 คนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนความรู้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และยังมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลได้ผ่านการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตายในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยและเห็นถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า

จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจากพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต พบว่า มีผลต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า ส่งผลให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้พัฒนาทักษะในการสื่อสาร การร่วมกันตัดสินใจ การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การวางแผนดูแลล่วงหน้ามีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว (O'Halloran et al., 2020) และการศึกษาของซินแคลร์และคณะ (Sinclair et al., 2016) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลให้ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะส่งผลต่อทัศนคติในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลโดยจะมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อได้อภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้นไม่ว่าผู้ป่วยจะเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบใด

2. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modified factors)

การได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนดูแลล่วงหน้าถือเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง (ศรีเวียง, 2563) หลายการศึกษาได้กล่าวถึงการได้รับอบรมเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยประคับประคองหรือระยะท้ายจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อผู้ป่วยระยะใกล้ตายและการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาล (Chan et al., 2019; Cheng et al., 2021; Fan & Rhee, 2017; Hsieh et al., 2019) พยาบาลได้ผ่านการอบรมส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารในการวางแผนดูแลล่งหน้า และจากการศึกษาศาสนบอมและคณะ (Kastbom et al., 2019) กล่าวไว้ว่า พยาบาลผู้ผ่านอบรมเกี่ยวกับการดูแลระดับประคองสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้ร่วมทีมการทำงาน ทำให้เกิดความราบรื่นในการพูดคุยการวางแผนดูแลล่งหน้า (Haras et al., 2015) และมีการศึกษาในพยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะมีโอกาสการเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่งหน้าได้มากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยผ่านการอบรม (Gilissen et al., 2017; Hsieh et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาราสและคณะ (Haras et al., 2015) พบว่า การขาดการอบรมหรือการขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะเป็นอุปสรรคต่อเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่งหน้า พยาบาลจะขาดความมั่นใจในการสื่อสาร ความสนใจในการเป็นผู้เข้าร่วมหรือเป็นผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนการวางแผนดูแลล่งหน้าจะลดลง (Chan et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ของวารสาร (2557) พบว่า พยาบาลมีความต้องการที่ได้รับการส่งเสริมจากหน่วยงานเพื่อให้ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่งหน้าเพื่อเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการการปฏิบัติงาน อีกทั้งถ้าพยาบาลมีการศึกษาความรู้เพิ่มเติมก็จะส่งผลต่อการวางแผนดูแลล่งหน้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Hsieh et al., 2019) จากงานวิจัยมีการให้ออกแบบโปรแกรมให้การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่งหน้า ทำให้มีความเข้าใจและทำให้การวางแผนดูแลล่งหน้าสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยพบว่า วันที่ 5 พยาบาลของการเข้าร่วมโปรแกรมจะสามารถระบุผู้ป่วยที่เหมาะสมควรได้รับการวางแผนดูแลล่งหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Glennon et al., 2019) จากการศึกษาแบบการจัดอบรมอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยาย การสร้างบทบาทสมมติ และการอบรมเชิงปฏิบัติแบบสถานการณ์จำลอง (Lockett et al., 2017; Owen et al., 2022)

การสนับสนุนจากองค์กร องค์กรหรือหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนการดูแลล่งหน้าของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษาของวารสาร (2557) พยาบาลต้องการสิ่งสนับสนุนจากองค์กรในเรื่องของการสนับสนุนให้มีบทบาทในการวางแผนการดูแลล่งหน้า (วารสาร, 2557) จากการศึกษาอีกหลายงานวิจัย พบว่า องค์กรหรือหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจโดยส่งเสริมให้มีการอบรมการวางแผนการดูแลล่งหน้า (Boot & Wilson., 2014; Fletcher et al., 2016) รวมถึงองค์กรสนับสนุนในเรื่องของเวลาและทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่งหน้า (Gilissen et al., 2017; Rogers et al., 2019) จากการศึกษา พบว่า วิสัยทัศน์หรือมุมมองของผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดแนวทางการวางแผนดูแลล่งหน้าในหน่วยงาน (Haras et al., 2015) และการมีผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปฏิบัติการวางแผนดูแลล่งหน้าในหน่วยงานจะส่งผลให้บุคลากรให้หน่วยงานมีความมั่นใจและมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่งหน้ามากยิ่งขึ้น (Chan et al., 2019; Haras et

al., 2015) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่าด้วยภาระหน้าที่และระยะเวลาที่ไม่เพียงพอเป็นสิ่ง ที่องค์กรควรเอื้ออำนวยให้กับพยาบาลได้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Chan et al., 2019) อีกทั้งนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนควรมีแนวทางการ พัฒนาเพิ่มเติมมากขึ้น (วารสาร, 2557; Gilissen et al., 2017; Werner & Schiffman., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ การวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถ ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา และจำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วย และ 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การได้รับอบรมการดูแล ผู้ป่วยระดับประคอง จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า เป็นปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ การวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษา ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำมาพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแล ผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต่อไปในอนาคต

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการสื่อสารสองทาง กระบวนการตัดสินใจ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ สามารถทำได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาและทำความเข้าใจถึงคุณค่าความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเอง การเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพตามความต้องการของตนเองใน อนาคต ประโยชน์ของการวางแผนดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับ การเตรียมตัวและการดูแลที่มีคุณภาพในวาระท้าย 2) ครอบครัวลดภาระและ ความเครียด 3) ระบบสุขภาพลดการรบกวนไม่เกิดประโยชน์ การวางแผนดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การค้นหาความต้องการของผู้ป่วย (Patient preferences) 2) การแสดง เจตจำนง (Advance directive) และ 3) การระบุผู้ตัดสินใจแทน (Proxy nomination) ซึ่งมีขั้นตอน ของการวางแผนดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมความพร้อมซึ่งเป็นการค้นหาและการประเมินผู้ป่วย 2) ขั้นตอนปรึกษา และ 3) ขั้นตอนสรุปผลและติดตามผล จากสภาวะการเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนของวิถี ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทำให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่สำคัญ มาก อย่างไรก็ตาม พบว่า การขับเคลื่อนการวางแผนดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยยัง ไม่มีแนวทางออกมาชัดเจน ยังเป็นปัญหาที่ท้าทายในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเห็นความเปลี่ยนแปลงของระยะการเปลี่ยนผ่านภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทการประเมิน บทบาทการให้ข้อมูล บทบาทอำนวยความสะดวกและการประสานงาน บทบาทการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ บทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทการติดตามดูแลต่อเนื่อง บทบาทการเตรียมผู้ตัดสินใจแทน และบทบาทในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งสิ่งสำคัญในการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีสมรรถนะในการวางแผนดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการรับรู้ความสามารถของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ออกมาเป็นสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการค้นหาและการประเมิน สมรรถนะด้านการอภิปราย และสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วย และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในอนาคต

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีอายุรศาสตร์ทางด้านโรคไตทั้ง 13 เขตสุขภาพของประเทศไทย ทั้งหมด 102 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 37 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 65 แห่ง (ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 3,463 คน จากสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานอยู่ในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่งภายใต้บริบท 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
2. ปฏิบัติงานในบริบทหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากประชากรทั้งหมดโดยใช้สูตรของยามานาเอ (Yamanae, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ 358 ราย โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากรทั้งหมด
 e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างกำหนด .05

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{3,463}{1+(3,463 \times 0.05^2)}$$

$$= 358 \text{ ราย}$$

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การส่งคืนของแบบสอบถาม รวมถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จากงานวิจัยของ เจ๊ะเลาะ (Jehloh, 2014) พบอัตราการตอบกลับร้อยละ 81.34 และจากการศึกษาการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณทางเว็บไซต์หรืออินเทอร์เน็ต (Web Based Questionnaire) ไม่ควรมีอัตราการตอบกลับที่น้อยกว่าร้อยละ 20 (นิศาชลและประสพชัย, 2562) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 หรือ 70 ราย จึงได้กลุ่มอย่างทั้งหมด 428 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportionate stratified random sampling) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดและความเป็นตัวแทน ที่ดีของแต่ละชั้น (บุญใจ, 2553) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จากการคำนวณอัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแต่ละเขตสุขภาพได้โรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่ง ดังภาคผนวก ก

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละเขตสุขภาพ โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ดังภาคผนวก ก

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ดังภาคผนวก ก

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยไม่กลับคืนที่ (Simple random sampling without replacement) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อแบบเลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง มีข้อความ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ทำงานบนหอผู้ป่วยหรือแผนกอื่น ๆ ระยะเวลาที่ทำงานในบริบทหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรัง จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเป็นเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลของฮิลเล่และคณะ (Heale et al., 2018) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามต้นฉบับประกอบไปด้วย 29 ข้อ

สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน	9	ข้อ
สมรรถนะด้านการอภิปราย	10	ข้อ
สมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม	10	ข้อ

โดยลักษณะของข้อความถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยกำหนดความหมาย ดังต่อไปนี้

1 คะแนน (น้อยที่สุด) หมายถึง พยาบาลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้

2 คะแนน (น้อย) หมายถึง พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ระดับเบื้องต้น/ไม่สมบูรณ์/ไม่ครบถ้วน หรือต้องการกำกับดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด

3 คะแนน (ปานกลาง) หมายถึง พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ภายใต้การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

4 คะแนน (มาก) หมายถึง พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ตามมาตรฐาน โดยสามารถให้คำแนะนำกับผู้อื่นได้

5 คะแนน (มากที่สุด) หมายถึง พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ตามมาตรฐาน โดยสามารถถ่ายทอดความรู้/การปฏิบัติให้กับผู้อื่นได้ พร้อมทั้งเป็นแบบอย่างในการพัฒนานโยบายการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าของหน่วยงาน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้วใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพิจารณาระดับความถี่ ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังสูตรการคำนวณระดับการให้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละระดับชั้น โดยใช้สูตรการคำนวณช่วงความกว้างของชั้น (บุญชม, 2560) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ใช้เกณฑ์แบ่งระดับสมรรถนะรายได้ เป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ค่าพิสัยอ้างอิงของบุญชม (2560) ดังนั้น จึงแบ่งสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต แปลตามผลตามค่าเฉลี่ยระดับคะแนน ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองแสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองแสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองแสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Context validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคับประคอง 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .96

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้วยสูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (รัตนศิริ, 2561) และกำหนดเกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2012) จากงานวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ภายหลังจากโครงการร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปยังผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือที่ได้มาทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ และเมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกสมาคมพยาบาลโรคไตเพื่อดำเนินการขอการอนุมัติการเก็บข้อมูลและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามรายชื่อที่ได้ระบุไว้ในตาราง 5 ดังภาคผนวก ก โดยแจ้งรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

1.3 เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบประเมินออนไลน์โดยใช้ Google form โดยมีขั้นตอนการสร้างออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อความนำเสนอให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบไปด้วย หัวข้อดังต่อไปนี้ การแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมการวิจัย ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สิทธิประโยชน์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโดยมีการระบุหมายเลขโทรศัพท์/อีเมลของผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้อ่านรับข้อมูลเรียบร้อยแล้วก็เลือกผ่านไปส่วนถัดไปการลงนามยินยอมการวิจัย ระยะเวลา 5 นาที

ส่วนที่ 2 ข้อความเกี่ยวกับรายละเอียดการได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ และมีช่องว่างให้กลุ่มตัวอย่างเลือกลงนามยินยอมและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ความสามารถในการยกเลิกเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ระยะเวลา 2 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไต ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยจะทำการตั้งค่า Google form ที่ไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างและในแต่ละส่วนของ Google form หลังจากสร้างแบบประเมินในรูปแบบ Google form เรียบร้อย และทำเป็น QR code หรือ Link ผู้วิจัยมีการทดสอบความสมบูรณ์โดยใช้กับบุคคลที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัยครั้งนี้ 5 ราย ได้แก่ 1) อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก 2) อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ 3) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำวิจัยโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบการเข้าทดลองใช้งาน การป้องกันความผิดพลาดของระบบออนไลน์ การตรวจสอบความสมบูรณ์และของแบบสอบถามออนไลน์ก่อนนำไปใช้จริง

1.4 เมื่อผ่านการอนุญาตจากสมาคมพยาบาลโรคไตหรือผ่านการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งการทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแต่ละแห่ง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทางคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และสร้างเป็นแบบประเมิน Google form เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานตามโรงพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง มีการเตรียมผู้ประสานงาน ดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแต่งตั้งผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาล ติดต่อเตรียมผู้ประสานงาน 1 คนต่อ 1 โรงพยาบาล โดยผู้ประสานงานจะมีรายละเอียดอีเมลและมีกลุ่ม Line ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

1.4.2 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ประสานงาน ได้แก่ วัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จำนวน และรายชื่อพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ผ่านทาง QR code หรือ Link

1.5 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือผู้ประสานงานให้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย นำร่องไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 30 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินก่อนการนำไปเก็บจริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะส่ง QR code หรือ Link ของแบบสอบถาม Google form ที่ได้สร้างขึ้นให้กับผู้ประสานงานเพื่อส่งไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยทางไลน์หรืออีเมล ประกอบไปด้วย 4 ส่วนที่ได้กล่าวไปในข้อ 1.3

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยดำเนินการติดต่อกับผู้ประสานงานตามโรงพยาบาลเพื่อส่งแบบประเมินออนไลน์ โดยมีการเตรียมผู้ประสานงาน 1 ท่านต่อ 1 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างโดยมีการส่งรูปแบบ QR code หรือ Link ของแบบสอบถาม Google form ที่ได้สร้างขึ้นให้กับผู้ประสานงานและส่งไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านช่องทางไลน์หรืออีเมล โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถทราบการแนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยโดยผ่านข้อความที่อยู่ในรูปแบบ Google form และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยจะมีข้อความเกี่ยวกับรายละเอียดการได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่และมีช่องทางให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกลงนามยินยอมและไม่ยินยอม ความสามารถในการยกเลิกเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และขณะทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยช่องทางการติดต่อผู้วิจัยจะระบุเบอร์โทรและอีเมลไว้ในส่วนที่ 1 ของแบบสอบถาม

ออนไลน์ ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทาง google form responses โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างใดๆ และความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย ผลดีหรือผลเสียที่อาจเกิดจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยนิพนธ์โดยผ่านการขอความเห็นชอบ คณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทร่สรรับรอง PSU IRB 2022 – St – Nur 007 (internal) วันที่รับรอง 21 มี.ค. พ.ศ 2565 และ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลแต่ละที่

2. เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยภายหลังจากการทำการชี้แจงรายละเอียดหัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และความสำคัญของการวิจัยจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อแจ้งให้ทราบและเข้าใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกกล่าวเหตุผล โดยข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอเป็นภาพรวม การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความแสดงเจตนายินยอมไว้เป็นหลักฐานใน Google form ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบบันทึกข้อมูล แต่ใส่รหัสเพื่อนับจำนวนและแยกเก็บเอกสารแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและแบบบันทึกข้อมูลโดยเก็บซึ่งผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ผลของการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ทำงานบนหอผู้ป่วยหรือแผนกอื่น ๆ ระยะเวลาที่ทำงานในบริษัท

หน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรัง จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของอายุ ประสบการณ์ทำงานกับการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต โดยใช้ค่าสถิติหาความสัมพันธ์ 2 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Polit & Beck, 2012)

$r = 1.00$ ให้ความหมายว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสมบูรณ์

$r > .70$ ให้ความหมายว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

r มีค่าระหว่าง $.30 - .70$ ให้ความหมายว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับ

ปานกลาง

$r < .30$ ให้ความหมายว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = 0$ ให้ความหมายว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยต้องผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption test) ของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (รัตนศิริ, 2561) ดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นมาตรวัดอยู่ในระดับอัตราส่วน (Ratio) หรือช่วงมาตรา (Interval scale)

3.2 ตรวจสอบลักษณะการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) ด้วย Graphic test และ Statistic test

3.3 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Linearity)

3.4 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้หลักความน่าจะเป็นจากกลุ่มประชากร

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคองกับการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation) และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังภาคผนวก ข

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ปฏิบัติงานในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่งจาก 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบัติผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ปฏิบัติงานในหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง เป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งหมด 385 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิจัย

หลังจากผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 428 คน พบว่าการศึกษาคั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาทั้งสิ้นจำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 89.95

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่ง จาก 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 385 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.72 มีอายุในช่วงระหว่าง 24-60 ปี อายุเฉลี่ย 38.67 ปี ($SD = 9.03$) สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.25 นัถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.69 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.60 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 58.96 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 41.04 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตระดับผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 85.72 มีบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 47.53 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในบริบทหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-31 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 9.53 ปี ($SD = 6.54$) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ได้ดูแลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า คิดเป็นร้อยละ 43.64 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้วางแผนดูแลล่วงหน้าอยู่ในช่วง 3-500 ราย จำนวนเฉลี่ย 32.25 ราย ($SD = 52.15$) เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง คิดเป็นร้อยละ 44.68 โดยมีเนื้อหาได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการอาการและความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 72.67 และระยะเวลาการอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่ผ่านมามากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00

ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ($N = 385$)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	330	85.72
ชาย	55	14.28
อายุ (ปี) ($M = 38.67$, $SD = 9.03$, $Min = 24$, $Max = 60$)		
20-30	100	25.97
31-40	124	32.21
41-50	121	31.43
51-60	40	10.39
สถานภาพ		
สมรส	205	53.25
โสด	164	42.59
หย่า/แยกกันอยู่	8	2.08
หม้าย	8	2.08
ศาสนา		
พุทธ	353	91.69
อิสลาม	23	5.97
คริสต์	8	2.08
อื่นๆ	1	0.26
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	318	82.60
ปริญญาโท	67	17.40
โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	158	41.04
โรงพยาบาลทั่วไป	227	58.96
ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน	330	85.72
รองหัวหน้าพยาบาล	23	5.97
หัวหน้าพยาบาล	32	8.31

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน		
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	183	47.53
ล้างไตทางช่องท้อง	18	4.68
คลินิกไตเรื้อรัง	3	0.78
ไตเรื้อรังแบบประคับประคอง	3	0.78
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างไตทางช่องท้อง	77	20.00
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและปลูกถ่ายไต	3	0.78
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและคลินิกไตเรื้อรัง	41	10.65
พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและไตเรื้อรังแบบประคับประคอง	30	7.79
ล้างไตทางช่องท้องและปลูกถ่ายไต	2	0.52
ล้างไตทางช่องท้องและคลินิกไตเรื้อรัง	20	5.19
ล้างไตทางช่องท้องและไตเรื้อรังแบบประคับประคอง	5	1.30
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยไต/คลินิกไตเรื้อรัง (ปี)		
$(M = 9.53, SD = 6.54, Min = 1, Max = 31)$		
1-5	139	36.10
6-10	105	27.27
11-15	64	16.62
16-20	53	13.77
> 20	24	6.23
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า		
เคย	168	43.64
ไม่เคย	217	56.36
จำนวนที่ได้วางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ราย)		
$(M = 32.25, SD = 52.15, Min = 3, Max = 500) (N = 168)$		
1-49	128	76.19
50-99	14	8.33
100-199	25	14.88
≥ 200	1	0.60

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์อบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง		
เคย	172	44.68
ไม่เคย	213	55.32
เนื้อหาการอบรมดูแลผู้ป่วยระดับประคอง* (N = 172)		
การวางแผนดูแลล่วงหน้า	80	46.51
การจัดการอาการและความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย	125	72.67
การส่งเสริมการตายอย่างสงบ	75	43.60
การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	62	36.05
การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว	95	55.23
ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	46	26.74
การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม	10	5.81
ระยะเวลาการอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่ผ่านมา (ปี)		
(N = 172)		
<1	34	19.77
2	25	14.53
3	28	16.28
4	19	11.05
5	20	11.63
>5	43	25.00
ไม่ตอบ	3	1.74

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการ บำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47, SD = .83$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 1) ด้านการอภิปราย ($M = 3.52, SD = .89$) รองลงมา คือ 2) ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน ($M = 3.48, SD = .81$) และ 3) ด้านการสรุปผลและการติดตาม ($M = 3.40, SD = .87$) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2

คะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 ด้าน จำแนกโดยรวมและรายด้าน ($N = 385$)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ด้านการอภิปราย	3.52	.89	ปานกลาง
2. ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน	3.48	.81	ปานกลาง
3. ด้านการสรุปผลและการติดตาม	3.40	.87	ปานกลาง
โดยรวม	3.47	.83	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเมื่อพิจารณาสมรรถนะตามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อของสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การอธิบายสุขภาพโดยรวม สภาวะของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกการบำบัดทดแทนไต และข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว ($M = 3.61, SD = 1.02$) รองลงมา คือ 2) การระบุผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($M = 3.58, SD = .99$) 3) การรับฟังปัญหา ความกังวลและให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว ($M = 3.58, SD = .92$) 4) การแนะนำและอธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว ($M = 3.56, SD = .99$) และ 5) การระบุบุคคลที่ควรเข้าร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ($M = 3.53, SD = .86$) ตามลำดับ ดังตาราง 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตเมื่อพิจารณาสมรรถนะตามรายชื่อ พบว่า ข้อคำถามทุกข้อของสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การบันทึกความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ($M = 3.34, SD = .91$) รองลงมา คือ 2) การเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าและบันทึกผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างครบถ้วน ($M = 3.35, SD = .93$) 3) การติดตามผู้ป่วยในการทบทวนคุณค่า ความเชื่อและความปรารถนาระยะท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ ($M = 3.36, SD = .94$) 4) การจัดการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกสถานการณ์สุขภาพสอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้ ($M = 3.39, SD = .94$) และ 5) การระบุถึงอุปสรรคทางภาษาหรือมิติทางวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การใช้ภาษาที่ต่างกัน การใช้คำที่มีความเข้าใจยาก เป็นต้น ($M = 3.40, SD = .89$) ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3

คะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับสมรรถนะ และสมรรถนะรายด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ($N = 385$)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายชื่อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	สมรรถนะรายด้าน
1. การอธิบายสุขภาพโดยรวม สภาวะของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทางเลือกการบำบัดทดแทนไต และข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว	3.61	1.02	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
2. การระบุผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	3.58	.99	ปานกลาง	ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน
3. การรับฟังปัญหา ความกังวลและให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว	3.58	.92	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย

ตาราง 3 (ต่อ)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายข้อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	สมรรถนะรายด้าน
4. การแนะนำและอธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวางแผน การดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/ หรือครอบครัว	3.56	1.00	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
5. การระบุบุคคลที่ควรเข้าร่วมในการ วางแผนดูแลล่วงหน้า	3.53	.86	ปานกลาง	ด้านการค้นหา ผู้ป่วยและ การประเมิน
6. การตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพโดยรวม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและตัดสินใจ เลือกหรือปฏิเสธการรักษาตามความต้องการ	3.52	.98	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
7. การสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังและ/หรือครอบครัวได้แสดง ความคิดเห็นและความต้องการของตนเอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแสดงท่าที เป็นต้น	3.52	.98	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
8. การอธิบายบทบาท ความรับผิดชอบ สิทธิและความรับผิดชอบของผู้มีสิทธิ์ ตัดสินใจแทนได้ตามหลักกฎหมาย	3.51	.96	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
9. การตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ เหมาะสมในระหว่างการพูดคุยกับผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว	3.50	.99	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
10. การประสานงานในการนัดหมาย ระหว่างผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว และทีม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง	3.50	.95	ปานกลาง	ด้านการค้นหา ผู้ป่วยและการ ประเมิน

ตาราง 3 (ต่อ)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายชื่อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	สมรรถนะรายด้าน
11. การให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวมีความพึงพอใจในการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาระยะท้าย ได้ แก่ การบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง และการยุติการฟอกไต เป็นต้น	3.49	.92	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
12. การพิจารณาเวลาที่เหมาะในการเริ่มวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3.49	.88	ปานกลาง	ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน
13. การประเมินความพร้อมด้านจิตสังคมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและ/หรือครอบครัวในการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	3.47	.89	ปานกลาง	ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน
14. ในผู้ป่วยมีความต้องการที่ซับซ้อน การประสานงานกับพยาบาลเฉพาะทาง/ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินสภาพและความพร้อมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า	3.47	.89	ปานกลาง	ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน
15. การระบุ และ/หรืออธิบายปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหลังจบการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว	3.46	.99	ปานกลาง	ด้านการสรุปผลและการติดตาม
16. การจัดการข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวขณะพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้า	3.46	.96	ปานกลาง	ด้านการอภิปราย
17. การจัดให้มีการพูดคุยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวได้มีการปรึกษาปัญหาหรือความต้องการ	3.46	.92	ปานกลาง	ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน

ตาราง 3 (ต่อ)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายชื่อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	สมรรถนะรายด้าน
18. การประเมินความพร้อมด้านการรู้คิด ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการเข้าร่วมการวางแผน การดูแลล่วงหน้า	3.45	.89	ปานกลาง	ด้านการค้นหา ผู้ป่วยและการ ประเมิน
19. การประสานงานกับทีมสุขภาพที่ เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจเป้าหมายแผนการ ดูแลและปฏิบัติตามความ ต อ ง ก า ร ของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3.44	.99	ปานกลาง	ด้านการสรุปผล และการติดตาม
20. การตรวจสอบคุณค่า ความเชื่อที่ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวยึดถือ	3.44	.90	ปานกลาง	ด้านการอธิบาย
21. การเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวในการ จัดการอาการที่เกิดขึ้นในระยะท้าย	3.43	.93	ปานกลาง	ด้านการสรุปผล และการติดตาม
22. การส่งต่อข้อมูลการวางแผนดูแล ล่วงหน้าและระยะท้ายชีวิตที่ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังและ/หรือครอบครัวได้วางแผนไว้ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.42	1.00	ปานกลาง	ด้านการสรุปผล และการติดตาม
23. การให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังสามารถค้นหาผู้ ตัดสินใจแทนได้	3.41	.98	ปานกลาง	ด้านการสรุปผล และการติดตาม
24. การติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ได้รับ การดูแลรักษาตามความที่ระบุไว้ และหาก เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ	3.40	.96	ปานกลาง	ด้านการสรุปผล และการติดตาม
25. การระบุถึงอุปสรรคทางภาษาหรือมิติ ทางวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการวางแผน การ ดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การใช้ภาษาที่ต่างกัน การใช้คำที่มีความเข้าใจยาก	3.40	.89	ปานกลาง	ด้านการค้นหา ผู้ป่วยและการ ประเมิน

ตาราง 3 (ต่อ)

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รายชื่อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	สมรรถนะรายด้าน
26. การจัดการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกสถานการณ์สุขภาพสอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้	3.39	.94	ปานกลาง	ด้านการสรุปผลและการติดตาม
27. การติดตามผู้ป่วยในการทบทวนคุณค่าความเชื่อและความปรารถนาระยะท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ	3.36	.94	ปานกลาง	ด้านการสรุปผลและการติดตาม
28. การบันทึกความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน	3.35	.91	ปานกลาง	ด้านการสรุปผลและการติดตาม
29. การเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าและบันทึกผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างครบถ้วน	3.34	.93	ปานกลาง	ด้านการสรุปผลและการติดตาม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า อายุ ประสบการณ์ทำงาน จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$; $r = .38, p < .01$; $r = .47, p < .01, r = .33, p < .01$ ตามลำดับ) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (N = 385)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. อายุ ^a	1					
2. ประสบการณ์ทำงาน ^a	.71**	1				
3. ระดับการศึกษา ^b	.38**	.35**	1			
4. จำนวนการดูแล ฯ ^b	.25**	.26**	.18**	1		
5. การได้รับการอบรม ฯ ^b	.18**	.24**	.17**	.40**	1	
6. สมรรถการวางแผนดูแลล่วงหน้า ฯ	.47**	.38**	.25**	.47**	.33**	1

หมายเหตุ

** $p < .01$

Pearson's product moment correlation ^a

Point biserial correlation^b

อภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 1 ระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าตามการรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความหมายของสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต คือ พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ ซึ่งผลมาจากความสามารถในการใช้ความรู้ (knowledge) เจตคติภายในตัวบุคคล (attributes) และทักษะ (skill) (สภาการพยาบาล, 2561; Fukada, 2018) รวมถึงการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่แสดงออกซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (สายฝน, 2560; Fliedner et al., 2021) จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรังอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 36.10 อธิบายได้จากทฤษฎีบันไดวิชาชีพของเบนเนอร์ (Benner, 1984) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับผู้เริ่มปฏิบัติจนถึงระดับผู้คล่องงาน ซึ่งเป็นพยาบาลที่ความรู้ความเข้าใจในงานที่รับผิดชอบ สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง อยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า สอดคล้องกับการกำหนดความหมายของระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถาม คือ พยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์หรือครบถ้วนอาจต้องอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถหรือบทบาทของตนเองในการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้สมบูรณ์ได้โดยต้องได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และการรับรู้บทบาทหน้าที่เรื่องการวางแผนดูแลหน้ายังไม่ชัดเจนในพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (O'Hare et al., 2016) ซึ่งส่งผลต่อสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยหลักสูตรดังกล่าวมีเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการรักษาการบำบัดทดแทนไตแต่ละวิธี มีการกล่าวถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่อยู่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบประคับประคอง (Counts., 2020) ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการรับรู้ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าทำได้ในเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเลือกการรักษาไตแบบประคับประคอง อีกทั้งบริบทของการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วยหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรัง โดยคลินิกไตเรื้อรังจะเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในคลินิกไตเรื้อรังมีการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการชะลอความเสื่อมของไตเป็นส่วนใหญ่ (ธวัชและคณะ, 2562) ส่วนในหน่วยไตจะเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีบทบาทให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม การล้างไตทางหน้าท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาไตแบบประคับประคอง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ถ้าหากผู้ป่วยเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองหรือปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนทางไต ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังพยาบาลประคับประคองเป็นเพื่อให้ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (กัลยา, 2564) ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบอื่นส่วนมากก็จะไม่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้ และอธิบายได้จากการศึกษาของโอแฮและคณะ (O'Hare et al., 2016) พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตไม่มีหน้าที่ในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ไม่ได้มีการกำหนดบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตไว้ให้ชัดเจนในเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งเหตุผลดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศและการศึกษาในประเทศไทย ดังนี้

สอดคล้องกับการศึกษาของลักเก็ตและคณะ (Lockett et al., 2017) โดยเป็นการสำรวจวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศออสเตรเลียเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในบริบทหน่วยไตจำนวน 375 คน ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 65 ซึ่งจากการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในบริบทหน่วยไตร้อยละ 84 ยังขาดประสบการณ์เกี่ยวกับการเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้า และส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับกรอบกฎหมายที่รองรับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากยังไม่แน่ใจในบทบาทของตนเองในการเริ่มสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้า และจากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ใน

หน่วยงานโรคไต พบว่า ร้อยละ 84 เห็นว่าพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเป็นบุคคลที่ควรได้รับการอบรมหรือส่งเสริมให้มีสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากที่สุด และผลการศึกษาค้างนี้ยังสอดคล้องกับของเซฟเธอร์ตและคณะ (Shepherd et al., 2018) ซึ่งเป็นการศึกษาคำความรู้ การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับการวางแผนดูแลหน้ายังมีไม่เพียงพอ พยาบาลร้อยละ 56 เข้าใจผิดเกี่ยวกับบทบาทสิทธิของผู้ตัดสินใจแทนในการเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า พบว่า มีเพียงพยาบาลร้อยละ 4 เท่านั้นที่เข้าร่วมจนครบองค์ประกอบของการวางแผนดูแลหน้า

ผลการศึกษาค้างกับการศึกษาของนุชนาดและคณะ (2557) เป็นการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 398 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคใต้ พบว่า สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลในการวางแผนดูแลหน้าอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของการวางแผนดูแลหน้า ประเด็นทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการรับรู้บทบาทปัจจัยและความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการวางแผนดูแลหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายของวารสาร (2557) โดยสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูงจำนวน 42 คนที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคใต้ พบว่า มีเพียงพยาบาลร้อยละ 33.30 เท่านั้นที่รับรู้ว่าการวางแผนดูแลหน้าเป็นการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงพื้นฐาน ความต้องการ คุณค่า ความเชื่อ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ช่วงวิกฤตจนไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ ผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีระชล (2559) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 169 คนที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ พบว่า พยาบาลร้อยละ 56.80 มีสมรรถนะการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับในหออุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวารินา (2559) ซึ่งเป็นการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพไอซียูจำนวน 250 คน ในหออภิบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต 14 จังหวัดของภาคใต้ พบว่า สมรรถนะในการตัดสินใจการวางแผนดูแลหน้าของพยาบาลไอซียูตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง พยาบาลสามารถระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ สามารถอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประเด็นดังกล่าวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการวางแผนดูแลหน้า อธิบายได้ว่าการศึกษาดังกล่าวมีกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ทั้งบริบทการทำงานของพยาบาลไอซียูที่ต่างกับพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด

ทดแทนไต การดูแลกลุ่มลักษณะผู้ป่วยที่ต่างกัน รวมถึงพยาบาลไอซียูมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตถึงเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับผลการศึกษาคั้งนี้

ผลการศึกษาเมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง สมรรถนะด้านการอภิปรายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน และสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตาม ผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอีระชล (2559) เป็นการศึกษาความรู้ความสามารถในสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมีสมรรถนะรายด้าน คือ สมรรถนะด้านตัดสินใจเริ่มการอภิปรายการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่มีเอกสารเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า และสมรรถนะด้านตัดสินใจอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวได้ ซึ่งสมรรถนะที่กล่าวมาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 67.4, SD = 13.1$) ซึ่งด้วยลักษณะบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องฉุกเฉินและบริบทหน่วยไตต่างให้ความสำคัญกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับทางด้านร่างกายเป็นหลักและมองว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องของทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณซึ่งอาจจะให้ความสำคัญรองลงมา จึงทำให้สมรรถนะด้านการอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้าจึงอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามก็มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าสมรรถนะรายด้านอื่น สามารถอธิบายได้ว่าการอภิปรายเป็นทักษะขั้นพื้นฐานของพยาบาลที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเวียง (2565) กล่าวไว้ว่า การสื่อสารเป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตปฏิบัติเป็นประจำเพื่อใช้ในการสื่อสารและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อีกทั้งจากผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่มีประสบการณ์ในการอบรมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการอบรมในเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวถึงร้อยละ 55.23 ซึ่งเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ได้รับการอบรม จึงทำให้สมรรถนะด้านการอภิปรายจึงมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่น

รองลงมา คือ สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน อธิบายได้จากคู่มือคำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560 ของสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (2560) กล่าวไว้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตสามารถใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity index (CCI), Karnofsky Performance Status (KPS) ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองและควรเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มอื่นที่ยังไม่ได้เข้าเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองก็ไม่ได้เริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าทั้งที่ระยะเวลาที่เหมาะสมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ก่อนที่ได้รับการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต (ศรีเวียง, 2565; Kataoka-Yahiro et al., 2011) แต่ในส่วนการประเมินสามารถอธิบายได้จากแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าของควีนแลนด์เฮลท์ (Queensland Health, 2018) กล่าวไว้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการ

บำบัดทดแทนไตจะต้องประเมินผู้ป่วยต้องให้ครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งจากการศึกษาของนิอู๋และลีอู๋ (Niu & Liu, 2016) กล่าวถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะเน้นการประเมินทางด้านจิตใจ ซึ่งกลไกทางจิตของผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะกลัว 2) ระยะปรับตัว และ 3) ระยะซึมเศร้า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตต้องมีทักษะประเมินว่าผู้ป่วยโรคไตอยู่ในระยะใดเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ตรงกับความต้องการผู้ป่วย จะต้องใช้ระยะเวลาและทักษะความเชี่ยวชาญพอสมควรเนื่องจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่อนข้างจะมีความซับซ้อนและความทุกข์ทรมานจากการรักษาและด้วยบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจะเน้นการประเมินทางด้านร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตต่อชีวิต จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตประเมินทางด้านร่างกายเป็นหลักเนื่องจากเป็นทักษะเฉพาะที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก (ศรีเวียง, 2565) ซึ่งอาจทำให้การประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องที่สำคัญรองลงมา และจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่มีประสบการณ์การอบรมดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่มีเนื้อหาการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมมีเพียงร้อยละ 5.81 จึงส่งผลให้สมรรถนะด้านการค้นหาผู้ป่วยและประเมินมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาจากสมรรถนะด้านอภิปราย

ผลการศึกษาสมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตามมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้จากการศึกษาของกัลปิงหาและแสงทอง (2563) เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่การวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานชั้นสูง ซึ่งทำหน้าที่ในการบันทึกประเด็นการวางแผนดูแลล่วงหน้า ติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแผนที่ผู้ป่วยได้วางไว้ จึงเห็นได้ว่าไม่มีการกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าไว้ทั้งที่เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจะมุ่งเน้นการรักษาทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ การทำหัตถการกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และด้วยบริบทการทำงานของพยาบาลหน่วยไตจะมีการติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเรื่องการจัดการอาการทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ (วณิชชา, 2559) ส่งผลให้สมรรถนะรายด้านการสรุปผลและการติดตามในการวางแผนดูแลล่วงหน้าจึงมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การอธิบายสุขภาพโดยรวม สภาวะของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทางเลือกการบำบัดทดแทนไต และข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือกแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวเป็นข้อที่มีระดับสมรรถนะสูงที่สุด ($M = 3.61, SD = 1.02$) อธิบายได้จากบทบาทของพยาบาลในหน่วยไตจะมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลทางเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต บอกข้อดีข้อเสียของการเลือกวิธีบำบัดแต่ละวิธี ซึ่ง

เป็นสิ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตได้ปฏิบัติเป็นประจำ จึงส่งผลให้สมรรถนะรายชื่อนี้มีสมรรถนะมากที่สุด 2) การระบุผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($M = 3.58, SD = .99$) อธิบายได้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตได้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต จากเนื้อหาของหลักสูตรทำให้พยาบาลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อผู้ป่วยและครอบครัว 3) สมรรถนะการรับฟังปัญหา ความกังวลและให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทรให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว ($M = 3.58, SD = .92$) อธิบายได้ว่า การรับฟังปัญหาเป็นทักษะพื้นฐานของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและความเอื้ออาทรเป็นอัตลักษณ์ที่พยาบาลถูกปลูกฝังมาเมื่อเข้ามาในวิชาชีพพยาบาล 4) สมรรถนะการแนะนำและอธิบายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัว ($M = 3.56, SD = 1.00$) และ 5) สมรรถนะการระบุบุคคลที่ควรเข้าร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ($M = 3.53, SD = .86$) อธิบายได้จากการศึกษาของฮาโลแลนและคณะ (O'Halloran et al., 2018) พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะสามารถเพิ่มทักษะการสื่อสารปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า สามารถระบุบุคคลที่ควรเข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 46.51 ได้รับการอบรมที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) สมรรถนะการบันทึกความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ($M = 3.34, SD = .93$) 2) สมรรถนะการเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าและบันทึกผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างครบถ้วน ($M = 3.35, SD = .91$) สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลที่สามารถเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าและบันทึกการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์เป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและการสั่งสมประสบการณ์ที่จะรวบรวมข้อมูล เพื่อบันทึกการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Northland District Health Board, 2015) ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีเพียงร้อยละ 43.64 และการเตรียมเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้ายังเป็นเรื่องของประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรม พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเพียงร้อยละ 26.74 ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงส่งผลให้สมรรถนะรายชื่อนี้มีคะแนนเฉลี่ยน้อย 3) สมรรถนะการติดตามผู้ป่วยในการทบทวนคุณค่า ความเชื่อและความปรารถนาระยะท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ ($M = 3.36, SD = .94$) 4) สมรรถนะการจัด การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกสถานการณ์สุขภาพสอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้ ($M = 3.39, SD = .94$) อธิบายได้ว่า ด้วยการรับรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต การติดตามในการทบทวนคุณค่า ความเชื่อและความปรารถนา

ระยะท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลระดับประคอง และจากการทำงานส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อยู่ในวาระท้ายจะถูกส่งต่อการดูแลให้กับพยาบาลระดับประคอง ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของภมรรัตน์และคณะ (2564) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 4.80 ที่ได้รับการส่งต่อให้ศูนย์ประคองดูแลในวาระท้าย ได้รับการติดตามคุณค่าความเชื่อ ความต้องการในวาระท้าย มีการส่งต่อข้อมูลการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับแผนกห้องฉุกเฉินเพื่อให้ได้รับการจัดการดูแลรักษา ตามการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้ อย่างไรก็ตามเป็นการทำงานของพยาบาลระดับประคอง ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวและผลการศึกษาคั้งนี้ทำให้เห็นถึงการทำงานที่แยกส่วนกันระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและพยาบาลระดับประคอง ทำให้แตกต่างจากงานวิจัยของดาวิสันและคณะ (Davison et al., 2019) พยาบาลระดับประคองทำงานร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตทุกคนต้องได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการติดตามทบทวนคุณค่าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเป็นหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (Davison et al., 2019) และ 5) การระบุถึงอุปสรรคทางภาษาหรือมิติทางวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ การใช้ภาษาที่ต่างกัน การใช้คำที่มีความเข้าใจยาก ($M = 3.40, SD = .89$) อธิบายจากการศึกษาของเชนและลิน (Chen & Lin, 2021) ได้สัมภาษณ์พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจำนวน 34 ราย พบว่า อุปสรรคทางภาษาหรือความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มิติทางวัฒนธรรมเป็นเรื่องความเชื่อ ความเข้าใจของแต่ละบุคคล หากพยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรมหรือความเชื่อของผู้ป่วยทำให้ส่งผลต่อการเริ่มต้นการวางแผนดูแลล่วงหน้า อย่างไรก็ตามหากพยาบาลเคยมีทักษะประสบการณ์ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าจะส่งผลต่อความเข้าใจทางภาษาและวัฒนธรรม ความเชื่อ ความแตกต่างของแต่ละบุคคลมากขึ้น ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีเพียงร้อยละ 43.64

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการวางแผนดูแล ล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ จำนวน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้กับสมรรถนะการวางแผน ดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาล เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะ การวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 32.21 อธิบายได้ ว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ความสามารถแตกต่างกันในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม ทักษะการรับรู้ มุมมองความเชื่อจากความหลากหลายทางวัฒนธรรม อีกทั้งอายุของบุคคลที่ปฏิบัติงานเชิง วิชาชีพเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น ผล การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนูซนาลและคณะ (2557) พบว่า อายุของพยาบาลมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าใน ผู้ป่วยระยะท้าย โดยพยาบาลที่มีอายุมากกว่าจะสามารถอภิปรายเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการ วางแผนดูแลล่วงหน้าได้มากกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของเซฟเธอร์ตและคณะ (Shepherd et al., 2018) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลที่มีอายุ ในช่วงเฉลี่ย 41 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มการเข้าร่วมกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ดีกว่าพยาบาลที่มีอายุ น้อยกว่า เนื่องจาก ประสบการณ์การและระยะเวลาในการทำงานมากกว่า ความมั่นใจในการใช้ทักษะ การสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และการประสานงานกับทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของฮา ราสและคณะ (Haras et al., 2015) กล่าวว่า อายุพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีส่วนร่วมในการ วางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลที่มีอายุมากจะยังมีประสบการณ์ในการวางแผนดูแลล่วงหน้า และมีความ น่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจไม่ว่าจะจากแพทย์หรือผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษา ครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของวาริน่า (2559) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ซึ่งมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นหนึ่งในสมรรถนะการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่พยาบาลในไอซียูมีอายุมากหรือน้อยไม่สามารถบ่งบอกถึงสมรรถนะได้ทั้งนี้เกิดจากพยาบาลอาจจะแสดงสมรรถนะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทำงานกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ประสบการณ์ทำงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ทำงานในหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38, p < .01$) ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 36.10 ประสบการณ์ทำงานในหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังเฉลี่ย 9.53 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยไตที่มากขึ้นจะส่งผลต่อสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้น ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตดังกล่าวเป็นช่วงในการเริ่มต้นและเรียนรู้การปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะพัฒนาสมรรถนะของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอีระชล (2559) พบว่า ประสบการณ์ทำงานของพยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของเซฟเฮิร์ดและคณะ (Shepherd et al., 2018) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลหน่วยไต พบว่า ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปีจะมีแนวโน้มต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของซินแคลร์และคณะ (Sinclair et al., 2016) ระยะเวลาการทำงานในหน่วยไตที่มากกว่า 10 ปีของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า พยาบาลสามารถอภิปรายการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของเซงค์และคณะ (Cheng et al., 2021) พบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงานมากกว่ากว่าจะมีคะแนนระดับความรู้ที่น้อยกว่าระยะเวลาทำงานของพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ทั้งนี้เกิดจากพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเป็นกลุ่มพยาบาลที่พึงจบการศึกษายังคงมีความรู้ใหม่ ๆ ที่พึ่งผ่านการจดจำและการเรียนรู้มา

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นยิ่งส่งผลต่อสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า จากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาโทมีคะแนนระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าสูงกว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.30, p < .01$) ทำให้การศึกษาในระดับ

ปริญญาตรีและปริญญาโทมีสมรรถนะในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเองในระดับปริญญาโทเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นได้ว่าได้หลักสูตรปริญญาโท มีการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและเนื้อหาการวางแผนดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ศึกษาในระดับปริญญาโทได้ผ่านการเรียนรู้เนื้อหาการวางแผนดูแลผู้ป่วย และในหลักสูตรการจัดการเรียนของรายวิชาในระดับปริญญาโทจะมีหมวดวิชาเลือกที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย การส่งเสริมการตายอย่างสงบ และการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง เป็นต้น ซึ่งในรายวิชาดังกล่าวมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการวางแผนดูแลผู้ป่วยไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาถและคณะ (2557) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในการสื่อสารการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของของเรียทและคณะ (Rietze et al., 2018) ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย พบว่า ระดับคะแนนของความมั่นใจในการปฏิบัติไม่ได้แตกต่างกันในระดับกลุ่มการศึกษาที่ต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้กับสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยกับสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยร้อยละ 43.64 โดยจำนวนที่ได้วางแผนดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในช่วง 1 - 49 ร้อยละ 76.19 อธิบายได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อสมรรถนะในการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถเรียนรู้และเข้าใจบทบาทในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของซินแคลร์และคณะ (Sinclair et al., 2016) พบว่า พยาบาลร้อยละ 80.90 มีประสบการณ์ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วย จำนวนที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มให้พยาบาลสามารถอภิปรายการวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) กล่าวได้ว่า พยาบาลได้เรียนรู้ประสบการณ์โดยตรงและสะสมประสบการณ์จนเกิดเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตร้อยละ 44.68 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองจะมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่มากกว่าพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.93, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีผลต่อการเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและสมรรถนะการสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อผู้ป่วยโรคไตและครอบครัว (นุชนาถและคณะ, 2557; ชีระชล, 2559; วารีน่า, 2559; Cheng et al., 2021; Haras et al., 2015) โดยเนื้อหาที่รับการอบรมมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอาการและความปวดในระยะท้ายร้อยละ 72.67 และพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ได้รับการอบรมโดยมีระยะเวลาผ่านมามากกว่า 5 ปีร้อยละ 25 จากการศึกษาในต่างประเทศของโอเวนและคณะ (Owen et al., 2022) พบว่า มีการจัดการอบรมเกี่ยวกับวางแผนดูแลล่วงหน้าและมีการสร้างสถานการณ์จำลองให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพได้มีการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพเมื่อพยาบาลได้เจอกับสถานการณ์จริง และผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาส่วนใหญ่ที่พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตผ่านการอบรมการดูแลประคับประคองมามากกว่า 5 ปี ซึ่งส่งผลต่อการติดตามองค์ความรู้ใหม่ ดังนั้น ควรจัดการอบรมที่เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่เน้นลงสู่การปฏิบัติได้ไม่เพียงแต่การให้ความรู้หรือการเล่าจากผู้ที่มีความรู้ และการจัดทำตัวชี้วัดกำหนดการหาความรู้เพิ่มเติมใหม่ทุกๆ ปีเพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่ปฏิบัติงานอยู่ในบริบทหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไป 41 แห่งและโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่งภายใต้บริบท 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบัติผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต หรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่สภากาชาดให้การรับรอง และได้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตปฏิบัติงานเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 428 คน การศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลกลับคืนมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 89.95 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ซึ่งแบบประเมินได้ผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยแล้ว ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .96 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .98

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาระดับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวช ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับการอบรมเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองกับการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวช ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตโดยใช้ค่าสถิติหาความสัมพันธ์ 2 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญที่ .05 และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด ทดแทนไตที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยไตและคลินิกไตเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์ 23 แห่ง และโรงพยาบาล ทั่วไป 41 แห่ง จาก 13 เขตสุขภาพของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 385 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.72 มีอายุในช่วงระหว่าง 24-60 ปี อายุเฉลี่ย 38.67 ปี ($SD = 9.03$) สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.25 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.69 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.60 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 58.96 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 41.04 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 85.72 มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 47.53 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตอยู่ในช่วง 1-31 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 9.53 ปี ($SD = 6.54$) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ได้ดูแลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการวางแผนดูแล ล่วงหน้า (Advance care plan) คิดเป็นร้อยละ 43.64 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้วางแผน ดูแลล่วงหน้าอยู่ในช่วง 3-500 ราย จำนวนเฉลี่ย 32.25 ราย ($SD = 52.15$) และเคยได้รับการอบรม การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 44.68 และเนื้อหาได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการ อารมณ์และความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย คิดเป็นร้อยละ 72.67 และระยะเวลาการอบรมการดูแล ผู้ป่วยประคับประคองที่ผ่านมามากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00

2. สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ทั้ง 3 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.47$, $SD = .83$) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด ได้แก่ ด้านการอภิปราย ($M = 3.52$, $SD = .89$) รองลงมา คือ ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการ

ประเมิน ($M = 3.48, SD = .81$) และด้านการสรุปผลและการติดตาม ($M = 3.40, SD = .87$) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุ ประสบการณ์ทำงาน จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01; r = .38, p < .01; r = .47, p < .01; r = .33, p < .01$ ตามลำดับ) และระดับการศึกษาความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยไม่ได้ตั้งคำถามแบบสอบถามแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องตอบ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์กลับมาแบบไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.67 ที่ต้องตัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ดังนั้น หากมีการใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ในครั้งถัดไป ควรมีจะมีการตั้งคำถามจำเป็นการตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ

2. สมรรถนะด้านการสรุปผลและการติดตามมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเนื่องจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบริบทหน่วยไตหรือคลินิกไตเรื้อรังเพื่อจัดทำแนวทางพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

1.2 พยาบาลคลินิกไตเรื้อรังควรเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และพยาบาลในหน่วยไตควรเริ่มการวางแผนดูแลล่วงหน้าให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

1.3 พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ในการ
สรุปผลและการติดตามของการวางแผนดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

2.1 สถาบันทางการศึกษาสามารถพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบ
สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการปฏิบัติการวางแผนดูแลผู้ป่วย

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

3.1 ฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลควรจัดการอบรมหรือส่งเสริมให้มีการส่ง
พยาบาลเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการวางแผนดูแลผู้ป่วย

3.2 ฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวช
ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในการสรุปผลและการติดตามของการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน

3.3 หน่วยงานที่จัดการอบรมให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตควร
เพิ่มรูปแบบการอบรมโดยเน้นการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ลงสู่การปฏิบัติมากขึ้น ได้แก่ การอบรมแบบ
สถานการณ์จำลอง การอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

4.1 ผู้ที่สนใจสามารถต่อยอดการศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงทำนายหรือเชิงทดลองเพิ่มเติม
เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตใน
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

4.2 ผู้ที่สนใจสามารถศึกษาต่อยอดในการพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้
สมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัณฑ์พร ยอดไชย. (2562). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ*. สงขลา: บริษัท พีซี โพรสเปค จำกัด.
- กัณฑ์พร ยอดไชย, และบุษยา ด้านเดชา. (2561). สมรรถนะของพยาบาลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 60-69.
- กัลปังกา โชสิวสกุล, และแสงทอง ธีระทองคำ. (2563). การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(4), 5-17.
- กัลยา แซ่ชิต. (13 สิงหาคม 2564). การจัดระบบบริการและแนวทางการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า. In *5th National Palliative and Hospice Care Conference* (ประชุมวิชาการ). กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะท้ายของชีวิต: The end of life care*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ, และเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว. (2564). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง: ประเด็นและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(4), 5-16.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, นิภาพร อภิลิทธิवासนา, มณีนรัตน์ เทียมหมอก, และสำลี สาสิกุล. (2560). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(3), 138-145.
- คณะกรรมการจัดทำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) สำหรับประเทศไทย. (2565). *มาตรฐานการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standard for advance care planning)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด.
- จิตติมา ปลื้มใจ. (2563). รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 73-94.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2554). การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan). ใน กองสารนิยกร (บ.ก), *จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง*. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2558). *Advance care plan = แผนชีวิตการวางแผนระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- ธวัช วิเชียรประภา, พรฤดี นิธิรัตน์, ปิ่นนเรศ กาศอุตม, และดาลิมา สำแดงสา. (2562). เปรียบเทียบ อัตราการครองของไตก่อนและหลังการรับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(2), 138-147.
- ธีระชล สาดสิน. (2559). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- นิศาชล รัตนมณี, และประสพชัย พสุนนท์. (2562). อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามงานวิจัยเชิงปริมาณ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 13(3), 181-188.
- นุชนาด ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- ปองกมล สุรัตน์. (2562, มีนาคม 29). *ถอดบทเรียนการประชุม Advance care planning 2019*. <https://bit.ly/3e8zEMg>
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพุทธศักราช 2550. (2550, 19 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอน 16ก. หน้า 1-18.
- พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล, และสุพรรณิ สุตสา. (2563). ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 33-44.
- ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, และศิริจิต เนติภูมิกุล. (2564). ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(1), 97-111.
- มารยาท สุจิตวรกุล, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการตายของผู้สูงอายุไทยพุทธ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(1), 154-169.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่ประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ค้นหาข้อมูลอายุรศาสตร์โรคไตโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป*. <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php>
- วณิชชา พึ่งชมพู. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศูนย์บริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาริภา รัตนจันทร์. (22 กันยายน 2564). *บริบทโรงพยาบาลน่าน. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนพื้นที่ต้นแบบการจัดทำ Living will ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care & Living will): สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*.
- วารินา หนูพินิจ. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา*.
- วารภรณ์ ศรีปล้อง. (2557). *การรับรู้บทบาทปัจจัยและความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา*.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์*.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (4-5 สิงหาคม 2565). *Advance Care Planning: Hoping for the best and Preparing for the worst [การประชุมวิชาการ]. Palliative care in End-stage renal disease, ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น*.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2561). *บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(1), 46-57*.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องสมรรถนะของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). *คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- สายฝน ไทยประดิษฐ์. (2560). บทบาทพยาบาลสำหรับการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยวิกฤต. *พยาบาลสาร*, 44(4), 189–194.
- สายสิริ อิศราญญาณิษฐ์. (2559). *การวางแผนในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า*. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร.
- สุนีย์ ณีตะนันท์. (2562). การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล. *สวรรณสารเวชสาร*, 16(1), 1–10.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย. (2561). *ทักษะการสื่อสารใน Palliative care*. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *ดูแลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- อนัญพร เจนวิริยะกุล. (4-5 สิงหาคม 2565). *Serious illness conversation* [การประชุมวิชาการ]. Palliative care in End-stage renal disease, ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อภิรดี อภิวัฒน์นगर, และศศิธร ไชยประสิทธิ์. (2562). การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(2), 546-551.
- อุษา สุวรรณเพชร. (2546). *รูปแบบบัณฑิตวิชาชีพการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. (2559). *สมุดเบาใจ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเพ่นเวิลด์.
- Anderson, E. B., Cullowhee, N. C., & Waldrop, D. (2020). Integrating advance care planning within the psychosocial care of nephrology patients. *National Kidney Foundation Journal of Nephrology Social Work*, 44(1), 13-17.
- Beaver, C., Magnan, M. A., Henderson, D., DeRose, P., Carolin, K., & Bepler, G. (2016). Standardizing assessment of competences and competencies of oncology nurses working in ambulatory care. *Journal for Nurses in Professional development*, 32(2), 64-73; quiz E66. doi:10.1097/NND.0000000000000250
- Benner, P. (1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. *The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480. 10.1097/00000446-198412000-00025

- Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., Adebayo, O. M., Afarideh, M., Agarwal, S. K., Agudelo-Botero, M., Ahmadian, E., Al-Aly, Z., Alipour, V., Almasi-Hashiani, A., Al-Raddadi, R. M., Alvis-Guzman, N., Amini, S., Andrei, T., Andrei, C. L., ... Vos, T. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease Study 2017. *The Lancet*, *395*(10225), 709–733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Bischoff, K. E., Sudore, R., Miao, Y., Boscardin, W. J., & Smith, A. K. (2013). Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, *61*(2), 209–214. <https://doi.org/10.1111/jgs.12105>
- Boot, M., & Wilson, C. (2014). Clinical nurse specialists perspectives on advance care planning conversations: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, *20*(1), 9–14. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.1.9>
- Black, K., & Emmet, C. (2006). Nurses' advance care planning communication: an investigation. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, *27*(4), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.03.004>
- Bradshaw, W., Sinclair, P. (2016). Advance care planning in nephrology care. *Renal Society of Australasia Journal*, *12*(1), 26-30.
- Brennan, F. (2022 August 4-5). *Quality of life and kidney failure* [Conference]. Palliative care in end-stage renal disease, Karunruk Palliative Care Center Faculty of Medicine Khon Kaen University, Khon Kean.
- Callahan, M. B. (2019). Improving advance care planning in chronic kidney disease. *National Kidney Foundation Journal of Nephrology Social Work*, *43*(2), 9–22.
- Counts, C. S. (Eds.). (2020). *Core curriculum for nephrology nursing* (7th edition). New Jersey; Jannetti Publications.
- Chan, C. W. H., Ng, N. H. Y., Chan, H. Y. L., Wong, M. M. H., & Chow, K. M. (2019). A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4192-0>

- Chan, H. Y., Kwok, A. O., Yuen, K. K., Au, D. K., & Yuen, J. K. (2020). Association between training experience and readiness for advance care planning among healthcare professionals: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, *20*(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02347-3>
- Chen, J.-O., & Lin, C.-C. (2021). Exploring the barriers faced by nephrology nurses in initiating patients with chronic kidney disease into advance care planning using focus group interviews. *Journal of Nursing Research*, *29*(6), e179. doi:10.1097/jnr.0000000000000462
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Qing, L., Lin, Q., Wen, S., & Chen, Y. (2021). Discrepancies among knowledge, practice, and attitudes towards advance care planning among Chinese clinical nurses: a national cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, *58*, 151409. doi:10.1016/j.apnr.2021.151409
- Davison, S. N., Tupala, B., Wasylynyuk, B. A., Siu, V., Sinnarajah, A., & Triscott, J. (2019). Recommendations for the care of patients receiving conservative kidney management: focus on management of CKD and symptoms. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology*, *14*(4), 626–634. <https://doi.org/10.2215/CJN.10510917>
- Dixon, J., & Knapp, M. (2018). Whose job? the staffing of advance care planning support in twelve international healthcare organizations: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, *17*(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0333-1>
- Emanuel, L. L., von Gunten, C. F., & Ferris, F. D. (2000). Advance care planning. *Archives of Family Medicine*, *9*(10), 1181–1187. <https://doi.org/10.1001/archfami.9.10.1181>
- Fan, E., & Rhee, J. J. (2017). A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting. *Australian Journal of Primary Health*, *23*(1), 80–86. <https://doi.org/10.1071/PY15174>

- Fleuren, N., Depla, M. F. I. A., Janssen, D. J. A., Huisman, M., & Hertogh, C. M. P. M. (2020). Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0535-1>
- Fliedner, M., Halfens, R. J. G., King, C. R., Eychmueller, S., Lohrmann, C., & Schols, J. M. G. A. (2021). Roles and responsibilities of nurses in advance care planning in palliative care in the acute care setting: a scoping review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *23*(1), 59–68. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000715>
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Med*, *61*(1), 1-7.
- Gilissen, J., Pivodic, L., Smets, T., Gastmans, C., Vander Stichele, R., Deliens, L., & Van den Block, L. (2017). Preconditions for successful advance care planning in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *66*, 47-59.
- Glennon, C., Thomas, W., Black, K., Herrig, M., Ishikawa, J., & Reedy, I. (2019). Educating healthcare employees about advance care planning. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *6*(4), 343. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_27_19
- Green, M. J., Van Scoy, L. J., Foy, A. J., Stewart, R. R., Sampath, R., Schubart, J. R., Lehman, E. B., Dimmock, A. E. F., Bucher, A. M., Lehmann, L. S., Harlow, A. F., Yang, C., & Levi, B. H. (2018). A randomized controlled trial of strategies to improve family members' preparedness for surrogate decision-making. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *35*(6), 866–874. <https://doi.org/10.1177/1049909117744554>
- Haras, M. S., Astroth, K. S., Woith, W. L., & Kossman, S. P. (2015). Exploring advance care planning from the nephrology nurse perspective: a literature review. *Nephrology Nursing Journal: Journal of The American Nephrology Nurses' Association*, *42*(1), 23–36.

- Heale, R., Rietze, L., Hill, L., & Roles, S. (2018). Development of nurse practitioner competencies for advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 20*(2), 166–171. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000425>
- Holley, J. L. (2012). Advance care planning in CKD/ESRD: an evolving process. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 7*6, 1033-1038.
- Hsieh, C. C., Huang, H. P., Tung, T. H., Chen, I. C., Beaton, R. D., & Jane, S. W. (2019). The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses. *BMC Palliative Care, 18*(1), 99. doi:10.1186/s12904-019-0483-9
- Izumi, S. (2017). Advance care planning: the nurse's role. *AJN The American Journal of Nursing, 117*(6), 56-61. doi:10.1097/01.Naj.0000520255.65083.35
- Jeong, S., Barrett, T., Ohr, S. O., Cleasby, P., Davey, R., & David, M. (2021). Prevalence of advance care planning practices among people with chronic diseases in hospital and community settings: a retrospective medical record audit. *BMC Health Services Research, 21*(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06265-y>
- Jehloh, L. (2014). *Compassion fatigue in nurses caring for dying patients in Thailand*. Master's thesis Faculty of Nursing Prince of Songkla University, Songkhla,
- Karver, S. B., & Berger, J. (2010). Advanced care planning—empowering patients for a peaceful death. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 11*(Suppl 1), 23-5.
- Kastbom, L. (2021). *A good death from the perspective of patients with severe illness and advance care planning (ACP) in patients near end-of-life* (Vol. 1769). Linköping: Linköping University Electronic Press. <https://doi.org/10.3384/diss.diva-174562>
- Kataoka-Yahiro, M. R., Yancura, L. A., Page, V., & Inouye, J. (2011). Advance care planning decision making among Asian pacific islander family caregivers of stage 4 to 5 chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 13*(6), 426-435. doi:10.1097/NJH.0b013e31822da9c2

- Kermel Schiffman, I., & Werner, P. (2021). Willingness of family caregivers of people with dementia to undertake advance care planning: examining an extended model of the theory of planned behavior. *Dementia*, 20(3), 1044–1057. <https://doi.org/10.1177/1471301220922761>
- Kim, H., Cho, J., Park, W. S., & Kim, S. S. (2021). Characteristics of advance care planning interventions across dementia stages: a systematic review. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(2), 180–188.
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38, 52 - 54. <https://doi.org/10.1111/jnu.12624>
- Kubi, B., Istl, A. C., Lee, K. T., Conca-Cheng, A., & Johnston, F. M. (2020). Advance care planning in cancer: patient preferences for personnel and timing. *JCO Oncology Practice*, 16(9), e875–e883. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00367>
- Khandelwal, N., Kross, E. K., Engelberg, R. A., Coe, N. B., Long, A. C., & Curtis, J. R. (2015). Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1102–1111.
- Luckett, T., Spencer, L., Morton, R. L., Pollock, C. A., Lam, L., Silvester, W., Sellars, M., Detering, K. M., Butow, P. N., Tong, A., & Clayton, J. M. (2017). Advance care planning in chronic kidney disease: a survey of current practice in Australia: advance care planning in CKD. *Nephrology*, 22(2), 139–149. <https://doi.org/10.1111/nep.12743>
- Lum, H. D., Dukes, J., Church, S., Abbott, J., & Youngwerth, J. M. (2018). Teaching medical students about "the conversation": an interactive value-based advance care planning session. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(2), 324–329. <https://doi.org/10.1177/1049909117696245>
- Niu, H. Y., & Liu, J. F. (2016). The psychological trajectory from diagnosis to approaching end of life in patients undergoing hemodialysis in China: a qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.10.006>

- Northland District Health Board. (2015). *Advance care planning policy*. New Zealand: Health Quality & Safety Commission New Zealand.
- O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Shields, J., Fogarty, D., Murtagh, F., Morton, R., & Brazil, K. (2018). Advance care planning with patients who have end-stage kidney disease: a systematic realist review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *56*(5), 795-807.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.008>
- O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Murtagh, F., Shields, J., Mullan, R., Matthews, M., Cardwell, C., Clarke, M., Morton, R., Shah, K., Forbes, T., & Brazil, K. (2020). Nurse-led advance care planning with older people who have end-stage kidney disease: feasibility of a deferred entry randomised controlled trial incorporating an economic evaluation and mixed methods process evaluation (ACReDiT). *BMC Nephrology*, *21*(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02129-5>
- O'Hare, A. M., Szarka, J., McFarland, L. V., Taylor, J. S., Sudore, R. L., Trivedi, R., Reinke, L. F., & Vig, E. K. (2016). Provider perspectives on advance care planning for patients with kidney disease: whose job is it anyway? *Clinical Journal of The American Society of Nephrology*, *11*(5), 855–866.
<https://doi.org/10.2215/CJN.11351015>
- Owen, L., Steel, A., Goffe, K., Pleming, J., & Sampson, E. L. (2022). A multidisciplinary simulation programme to improve advance care planning skills and engagement across primary and secondary care. *Clinical Medicine (Lond)*, *22*(1), 51-57. doi:10.7861/clinmed.2021-0240
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Edition.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Queensland Health. (2018). *Advance care planning clinical guidelines*. Australia: Clinical excellence division, Department of Health.

- Rietjens, J., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., Korfage, I. J., & European Association for Palliative Care (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European association for palliative care. *The Lancet Oncology*, *18*(9), e543–e551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
- Rietze, L., Heale, R., Hill, L., & Roles, S. (2016). Advance care planning in nurse practitioner practice: a cross-sectional descriptive study. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, *29*(3), 106-119. doi:10.12927/cjnl.2016.24897
- Rietze, L., Heale, R., Roles, S., & Hill, L. (2018). Identifying the factors associated with Canadian registered nurses' engagement in advance care planning. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, *20*(3), 230–236. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000423>
- Rogers, J., Goldsmith, C., Sinclair, C., & Auret, K. (2019). The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation. *Australian Journal of Primary Health*, *25*(6), 564-569. doi:10.1071/PY19010
- Sampson, E., Mandal, U., Holman, A., Greenish, W., Dening, K. H., & Jones, L. (2012). Improving end of life care for people with dementia: a rapid participatory appraisal. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *2*(2), 108–114. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000177>
- Siddall, P. J., & MacLeod, R. D. (2019). Physical, psychological/psychiatric, social, and spiritual problems and symptoms. In R. D. MacLeod & L. Van den Block (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (pp. 133-148). Cham: Springer International Publishing.
- Sinclair, C., Gates, K., Evans, S., & Auret, K. A. (2016). Factors influencing Australian general practitioners' clinical decisions regarding advance care planning: a factorial survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, *51*(4), 718–727.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.014>

- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- Schrijver, D., & Cherny, N. I. (2014). ESMO clinical practice guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology*, *25*(3), 138-142.
- Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K., & Ball, J. (2018). Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, *86*, 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.005>
- Tay, D. L., Ellington, L., Towsley, G. L., Supiano, K., & Berg, C. A. (2020). Evaluation of a collaborative advance care planning intervention among older adult home health patients and their caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, *23*(9), 1214–1222. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0521>
- The Coalition for Supportive Care of Kidney Patients [CCKP]. (2017). Curriculum guide for advance care Planning. Richmond: Quality insights renal network 5.
- Thomas, K., Lobo, B., Detering, K. (2017). *Advance care planning in end of life care* (2nd edition). United Kingdom: Oxford University Press.
- Voss, H., Vogel, A. G. F. M., Wagemans, A. M. A., Francke, A. L., Metsemakers, J. F. M., Courtens, A. M., & de Veer, A. J. E. (2021). Development, implementation, and evaluation of an advance care planning program for professionals in palliative care of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *59*(1), 39–54. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-59.1.39>
- Walshe C. (2020). Aims, actions and advance care planning by district nurses providing palliative care: an ethnographic observational study. *British Journal of Community Nursing*, *25*(6), 276–286. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.6.276>

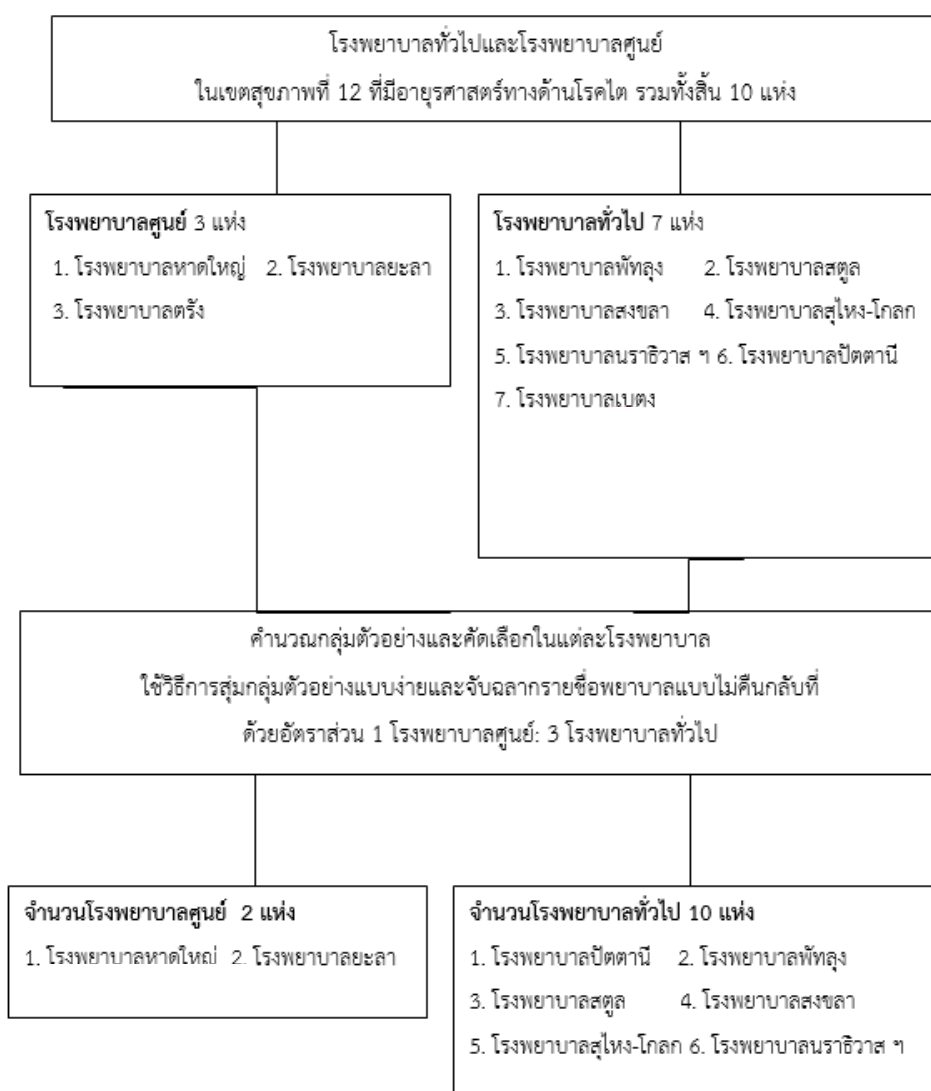
- Werner, P., & Schiffman, I. K. (2020). Nursing home staff members' attitudes regarding advance care planning: relationships with different types of knowledge. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(10), 2091-2098. doi:10.1007/s40520-019-01398-x
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis* (3rd edition). New York: Harper & Row.
- Zhou, G., Stoltzfus, J. C., Houldin, A. D., Parks, S. M., & Swan, B. A. (2010). Knowledge, attitudes, and practice behaviors of oncology advanced practice nurses regarding advanced care planning for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), E400–E410. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E400-E410>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จากการคำนวณอัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปต่อโรงพยาบาลศูนย์ในแต่ละเขตสุขภาพ (บุญใจ, 2553) ยกตัวอย่างการสุ่มในเขตสุขภาพที่ 12 ดังภาพ 2



ภาพ 2. ขั้นตอนการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ดังนี้ (บุญใจ, 2553) ยกตัวอย่างโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 11 และ 12

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

กำหนดให้

- n = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย (n = 428)
- n₁ = ขนาดตัวอย่างแต่ละชั้น
- N = จำนวนประชากรทั้งหมด (N₁ + N₂ = N = 953)
- N₁ = จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลศูนย์ (N₁ = 427)
- N₂ = จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลทั่วไป (N₂ = 526)

ตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจำนวน 73 คน แทนค่าในสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่างของของโรงพยาบาลศูนย์} = \frac{428 \times 73}{953}$$

ดังนั้น ขนาดตัวขนาดตัวอย่างของโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวน 32 ราย

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (บุญใจ, 2553) ยกตัวอย่างโรงพยาบาลยะลา

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

กำหนดให้

- n = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย (n = 32)
- n₁ = ขนาดตัวอย่างแต่ละชั้น
- N = จำนวนประชากรทั้งหมด (N = 51)

ตัวอย่างการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลยะลาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในบริบทเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งมีพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตจำนวน 8 คน แทนค่าในสูตร

$$\text{ขนาดตัวอย่างของโรงพยาบาลยะลา} = \frac{32 \times 8}{51} = 5$$

ดังนั้น ขนาดตัวขนาดตัวอย่างของโรงพยาบาลยะลา มีจำนวน 5 ราย

ตาราง 5

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ของแต่ละเขตสุขภาพ

ชื่อโรงพยาบาล	หน่วยไตและคลินิกไต เรื้อรัง (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
เขตสุขภาพที่ 1		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลนครพิงค์	16	10
2. โรงพยาบาลลำปาง	16	10
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลน่าน	11	7
2. โรงพยาบาลลำพูน	10	7
3. โรงพยาบาลเชียงคำ	11	7
เขตสุขภาพที่ 2		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	10	6
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย	11	7
2. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	13	8
3. โรงพยาบาลแม่สอด	9	6
เขตสุขภาพที่ 3		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	6	4

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อโรงพยาบาล	หน่วยไตและคลินิกไต เรื้อรัง (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลพิจิตร	9	6
2. โรงพยาบาลอุทัยธานี	6	4
เขตสุขภาพที่ 4		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลสระบุรี	9	7
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลอ่างทอง	7	4
2. โรงพยาบาลนครนายก	7	4
3. โรงพยาบาลเสนา	7	4
4. โรงพยาบาลสิงห์บุรี	6	4
5. โรงพยาบาลพระพุทธบาท	9	7
เขตสุขภาพที่ 5		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลนครปฐม	15	9
2. โรงพยาบาลราชบุรี	11	7
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	10	7
2. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	12	8
3. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	10	7
4. โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	8	5
5. โรงพยาบาลหัวหิน	8	5
6. โรงพยาบาลโพธาราม	7	4
เขตสุขภาพที่ 6		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลชลบุรี	11	7
2. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	14	10
3. โรงพยาบาลพระปกเกล้า	9	6

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อโรงพยาบาล	หน่วยไตและคลินิกไต เรื้อรัง (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	8	5
2. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	8	6
3. โรงพยาบาลตราด	8	5
เขตสุขภาพที่ 7		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลขอนแก่น	17	11
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลมหาสารคาม	13	9
2. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	9	6
เขตสุขภาพที่ 8		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลอุดรธานี	14	9
2. โรงพยาบาลสกลนคร	23	15
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลนครพนม	13	9
2. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	10	7
3. โรงพยาบาลหนองคาย	9	6
เขตสุขภาพที่ 9		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลบุรีรัมย์	10	6
2. โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา	13	7
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลนางรอง	7	5
เขตสุขภาพที่ 10		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลศรีสะเกษ	10	5

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อโรงพยาบาล	หน่วยไตและคลินิกไต เรื้อรัง (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลมุกดาหาร	9	6
2. โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	10	7
เขตสุขภาพที่ 11		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	21	12
2. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	11	8
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลพังงา	9	5
2. โรงพยาบาลกระบี่	9	6
3. โรงพยาบาลระนอง	7	5
4. โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์	7	5
เขตสุขภาพที่ 12		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลหาดใหญ่	11	7
2. โรงพยาบาลยะลา	8	5
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์	13	8
2. โรงพยาบาลสุโขทัย	10	7
3. โรงพยาบาลพัทลุง	9	6
4. โรงพยาบาลสงขลา	8	5
5. โรงพยาบาลสตูล	6	4
6. โรงพยาบาลปัตตานี	9	5
เขตสุขภาพที่ 13		
โรงพยาบาลศูนย์		
1. โรงพยาบาลราชวิถี	24	18
2. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	9	6
3. โรงพยาบาลเลิศจีน	6	4

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อโรงพยาบาล	หน่วยไตและคลินิกไต เรื้อรัง (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
โรงพยาบาลทั่วไป		
1. สถาบันบำราศนราดูร	4	2
รวม	660	428

8. ตำแหน่งงาน

1. พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงาน
2. รองหัวหน้าพยาบาล
3. หัวหน้าพยาบาล
4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน.....
5. อื่นๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย..... ปี (เกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

10. ระยะเวลาที่ปฏิบัติในหน่วยไต/คลินิกไตเรื้อรัง..... ปี (เกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

11. ท่านเคยได้ดูแลผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือไม่

1. ไม่เคย
2. เคย กรณาระบุตัวเลขโดยประมาณ จำนวน คน

12. ท่านเคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง/ระยะสุดท้ายเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่เคย
2. เคย กรณารับการอบรม (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 2.1 การอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.2 การจัดการอาการและความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.3 การส่งเสริมการตายอย่างสงบ
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.4 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.5 การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.6 การวางแผนดูแลล่วงหน้า
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน
 - 2.7 อื่นๆ
ระยะเวลาที่อบรม..... เดือน..... วัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต

คำชี้แจง

1. โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ซึ่งแต่ละข้อความอธิบายถึงสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการค้นหาผู้ป่วยและการประเมิน 2) ด้านการอธิบาย และ 3) ด้านการสรุปผลและติดตาม มีข้อความทั้งหมด 29 ข้อ

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสมรรถนะของท่านเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ท่านพิจารณาตามความจริงมากที่สุดว่า ท่านมีระดับสมรรถนะดังกล่าวในด้านต่างๆ มากน้อยเพียงใดโดยมีหลักเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

1 คะแนน (น้อยที่สุด) หมายถึง ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้

2 คะแนน (น้อย) หมายถึง สามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้ระดับเบื้องต้น/ไม่สมบูรณ์/ไม่ครบถ้วน หรือต้องการกำกับดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด

3 คะแนน (ปานกลาง) หมายถึง สามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ภายใต้การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

4 คะแนน (มาก) หมายถึง สามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ตามมาตรฐาน โดยสามารถให้คำแนะนำกับผู้อื่นได้

5 คะแนน (มากที่สุด) หมายถึง สามารถแสดงพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าได้สมบูรณ์/ครบถ้วน ตามมาตรฐาน โดยสามารถถ่ายทอดความรู้/การปฏิบัติให้กับผู้อื่นได้ พร้อมทั้งเป็นแบบอย่างในการพัฒนานโยบายการปฏิบัติการวางแผนดูแลล่วงหน้าของหน่วยงาน

ข้อที่	สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต	5	4	3	2	1
ด้านการค้นหาผู้ป่วยและประเมิน (Identify and Assessment)						
1.	การระบุผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จะได้รับประโยชน์จากการวางแผน การดูแลล่วงหน้า					
2.	.....				
3.	.....				
4.	.....				
5.	.....				
6.	.....				
7.	.....				
8.	การจัดให้มีการพูดคุยกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังและ/หรือครอบครัวได้มีการปรึกษาปัญหาหรือความ ต้องการ					
9.	การประสานงานในการนัดหมายระหว่างผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง					
ด้านการอภิปราย (Discussion)						
10.	.....				
11.	.....				
12.	.....				
13.	การ ตรวจสอบคุณค่า ความเชื่อที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือ ครอบครัวยึดถือ					
14.	การให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/หรือครอบครัวมีความพึงพอใจใน การกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาระยะท้าย ได้แก่ การบำบัด ทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง และการยุติการฟอกไต เป็นต้น					
15.	.....				
16.	.....				
17.	.....				
18.	.....				

ข้อที่	สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต	5	4	3	2	1
19.	การจัดการข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/ หรือครอบครัวขณะพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้า					
ด้านการสรุปผลและการติดตาม (Summary and monitoring)						
20.	การบันทึกความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการ และแนวทางการ รักษาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน					
21.	.....				
22.	.....				
23.	.....				
24.	.....				
25.	.....				
26.	.....				
27.	.....				
28.	การจัดการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกสถานการณ์ สุขภาพสอดคล้องกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ได้วางไว้					
29.	การเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและ/ ครอบครัวในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในระยะท้าย					

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงอิสสรียา เฉลียวศักดิ์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระดับประคอง
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลา |
| 2. รศ.ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ | อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลอายุรศาสตร์
กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทาง
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. รศ.ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย | อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรัง กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ทางอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. พว.กัลยา แซ่ซิด | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย
ระดับประคอง ข้าราชการบำนาญ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลา |
| 5. พว.สุภกร บุษปวนิช | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |

ภาคผนวก ง
การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

ตาราง 6

การประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Context validity index: CVI)

ข้อที่	คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5
1	4	4	4	3	4
2	4	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4
6	4	3	3	4	4
7	4	4	3	4	4
8	4	3	4	4	4
9	4	4	2	4	4
10	4	4	3	4	4
11	4	4	3	3	3
12	4	4	4	4	4
13	4	4	3	4	4
14	4	4	4	4	3
15	4	4	3	4	3
16	4	4	4	4	4
17	4	4	3	4	4
18	4	4	3	4	4
19	3	3	3	4	4
20	4	4	4	4	4
21	4	4	4	3	4
22	3	4	4	4	3
23	4	4	4	4	4
24	4	4	4	3	3

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อที่	คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5
25	4	4	3	4	4
26	4	4	3	4	4
27	3	4	4	4	4
28	4	4	4	4	3

การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = .96$$

$$\text{การคำนวณ S-CVI} = \frac{\text{Sum of I-CVI}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$S-CVI = \frac{27 + 0.8}{28}$$

$$S-CVI = .99$$

ภาคผนวก จ
หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ ฮว.๖๘๐๑.๐๕/๗๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถ.กาญจนามิข ค.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๓๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้จัดการฝ่ายบุคคล บริษัท ราชวัตรไต่เทียม จำกัด

ด้วย นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ รหัสนักศึกษา ๖๓๓๐๔๒๐๐๕๑ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ
พยาบาลโรคไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิธมานัต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างเครื่องมือวิจัยในเรื่องนี้จำเป็นต้องมีการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย
ทั้งนี้โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ รหัส PSU IRB ๒๐๒๒-St-
Nur ๐๐๗ (internal) แล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้
นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับพยาบาลโรคไต ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านฟอก
เลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลผู้ปฏิบัติงานล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการเปลี่ยนบำบัด
ทดแทนไต พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านคลินิกไตเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามออนไลน์
"แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลโรคไต"
จำนวน ๓๐ ราย ณ บริษัท ราชวัตรไต่เทียม จำกัด ระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้หากต้องการ
รายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อ นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ โทรศัพท์มือถือ ๐๖๒๒-๒๓๔๙๘๖๖๕ หรือ
E-mail: Thipsiri@bcnsc.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิธมานัต)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๗๕๒๘-๖๔๕๖
โทรสาร ๐-๗๕๒๘-๖๔๒๓

ภาคผนวก ฉ
การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ตาราง 7

การคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาล
เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.983	.984	29

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IA1	108.63	329.964	.654	.984
IA2	108.87	326.120	.823	.983
IA3	108.67	328.230	.611	.984
IA4	108.87	321.016	.809	.983
IA5	108.87	321.016	.809	.983
IA6	108.90	328.093	.785	.983
IA7	108.77	325.289	.747	.983
IA8	108.83	318.695	.860	.983
IA9	108.83	324.144	.861	.983
DI10	108.70	323.390	.634	.984
DI11	108.70	326.424	.746	.983
DI12	108.70	325.252	.742	.983
DI13	108.80	322.166	.845	.983
DI14	108.70	322.976	.883	.983

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DI15	108.63	320.240	.931	.982
DI16	108.73	321.513	.914	.982
DI17	108.70	322.769	.892	.983
DI18	108.60	325.076	.728	.983
DI19	108.63	322.654	.896	.983
CR20	108.80	322.097	.847	.983
CR21	108.77	317.771	.923	.982
CR22	108.87	323.706	.804	.983
CR23	108.97	323.895	.761	.983
CR24	108.70	322.562	.900	.983
CR25	108.83	322.282	.823	.983
CR26	108.83	320.695	.881	.983
CR27	109.03	319.275	.825	.983
CR28	108.90	320.438	.861	.983
CR29	108.83	319.799	.914	.982

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ:	2022 – St – Nur – 009 (Internal)
ชื่อโครงการ:	สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลโรคไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2022 - St – Nur 007 (Internal)
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	21 มีนาคม 2565
วันที่หมดอายุ:	21 มีนาคม 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนด์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)..... *ศศิธร พุ่มทว*

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มทว)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย



ที่ อว.บ๑๐๓.๐๕/วิ๑๑๔

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ รหัสนักศึกษา ๖๓๑๐๕๒๐๐๕๑ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล
ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ
พยาบาลโรคไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการดำเนินการวิจัย จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๕ รหัส PSU IRB
๒๐๒๒-St-Nur ๐๐๗ (Internal) แล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวทิพย์ศิริ
สหพรพันธุ์ เก็บข้อมูลวิจัยกับพยาบาลโรคไต ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาล
ผู้ปฏิบัติงานล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการเปลี่ยนน้ำบาดทดแทนไต พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้าน
คลินิกไตเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามออนไลน์ "แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้
สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลโรคไต" รายละเอียดดังเอกสารที่แนบ จำนวน ๔ ราย ตั้งแต่เดือน
เมษายน ๒๕๖๕-เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลของท่าน ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือต้องการรายละเอียด
เพิ่มเติมโปรดติดต่อนักศึกษาตามรายชื่อข้างต้น โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๖๒-๒๓๔๔๘๖๕ หรือ E-mail:
Thipsiri@bcnsk.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๗๕๒๐๔-๖๔๕๖

โทรสาร ๐-๗๕๒๐๔-๖๕๐๓

ศูนย์งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	
งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	
เลขที่รับ	01052
รับวันที่	12 เม.ย. 2565
เวลา	13.32



โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	
ลำดับที่	4697
วันที่	12 เม.ย. 2565
เวลา	13.14

ที่ 87.๖๘๐๑.๐๕/๖๘๘๘

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถ.กาญจนวณิช ต.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ด้วย นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ รหัสนักศึกษา ๖๓๑๐๔๒๐๐๕๓ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "สมรรถนะการวางแผนดูแลส่งต่อหน้าของพยาบาลโรคไต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งในกระบวนการดำเนินการวิจัย จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ รหัส PSU IRB ๒๐๒๒-St-Nur ๐๐๗ (internal) แล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์ เก็บข้อมูลวิจัยกับพยาบาลโรคไต ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พยาบาลผู้ปฏิบัติงานล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการเปลี่ยนบำบัดทดแทนไต พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านคลินิกไตเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามออนไลน์ "แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะการวางแผนดูแลส่งต่อหน้าของพยาบาลโรคไต" รายละเอียดดังเอกสารที่แนบ จำนวน ๓ ราย ตั้งแต่เดือน เมษายน ๒๕๖๕-เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ โรงพยาบาลของท่าน ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อนักศึกษาดมรายชื่อข้างต้น โทรศัพท์มือถือหมายเลข ๐๖๒-๒๓๙๔๘๖๕ หรือ E-mail: Thipsiri@bncsk.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผอ.รพ.สวรรค์ประชารักษ์

กณิษฐา แก้วสุคนธ์ น.ส.รพ.ศิริราช ๑๖๖๖๖๖

เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตั้งแต่เดือน เม.ย - พ.ค. ๒๕

ขอแสดงความนับถือ

เพ็ญกมลชน นิลสุวรรณกิจ

- น.รพ.ศิริราช, จ.จ.ศิริราช

(Signature)

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัด)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๗๕๒๘-๖๕๕๖

โทรสาร ๐-๗๕๒๘-๖๕๒๓

ภาคผนวก ฅ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

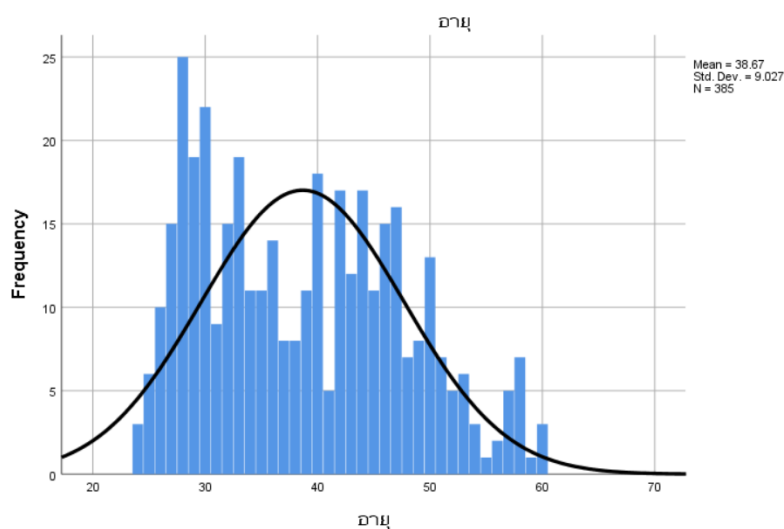
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption test) ของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) (รัตนศิริ, 2561) มีดังนี้

1. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยตัวแปรต้น (Independent Variable) และตัวแปรตาม (Dependent Variable) มีค่าต่อเนื่องและอยู่ในระดับอัตราภาคขั้น (interval scale)

จากการศึกษาตัวแปรต้น คือ อายุ ประสบการณ์ทำงาน (ระยะเวลาที่ทำงานในแผนกหน่วยไต) อยู่ในระดับอัตราภาคขั้น (interval scale) และตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับอัตราภาคขั้น (interval scale)

2. ตรวจสอบลักษณะการกระจายตัวข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) ด้วย Graphic test โดยพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) และ Statistic test โดยพิจารณาจากค่า Z-score Kurtosis /SE_{kurtosis} ใช้ค่าอ้างอิงที่ < 7 หรือ skewness/SE_{skewness} ใช้ค่าอ้างอิงที่ < 2 with alpha level .05 (N>300) (Kim, 2013)

2.1 การกระจายตัวของข้อมูลอายุ: Graphic test: Histogram



ภาพ 3. การกระจายของข้อมูลอายุเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

การกระจายตัวของข้อมูลอายุ: Statistic test: Z-score

ตาราง 8

Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลอายุ

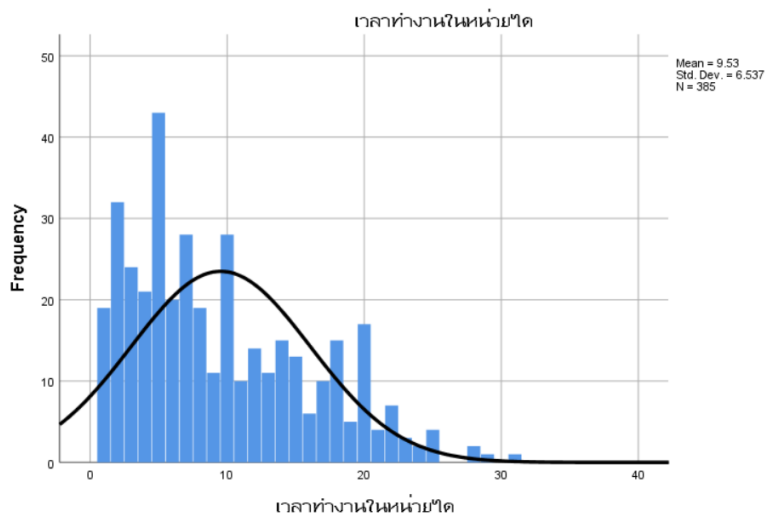
Descriptives		Statistic	Std. Error	Z-score	
Age อายุ	Mean	38.72	.459		
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37.81		
		Upper Bound	39.62		
	5% Trimmed Mean	38.40			
	Median	38.00			
	Variance	82.091			
	Std. Deviation	9.060			
	Minimum	24			
	Maximum	60			
	Range	36			
	Interquartile Range	16			
	Skewness	.354	.124	2.85	
	Kurtosis	-8.66	.247	-3.51	

จากภาพการกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรอายุ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำ

จากตาราง Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score พบว่า Kurtosis /SE_{kurtosis} ได้ -3.51 โดยค่าใช้ค่าอ้างอิงที่ < 7 (N>300) (Kim, 2013) หมายความว่า ตัวแปรอายุ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

จึงสรุปได้ว่าตัวแปรอายุมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้

2.2 การกระจายตัวของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน: Graphic test: Histogram



ภาพ 4. การกระจายของข้อมูลประสบการณ์ทำงานเป็นแบบเบ้ขวา (Right skewed distribution)

การกระจายตัวของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน: Statistic test: Z-score

ตาราง 9

Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน

		Statistic	Std. Error	Z-score	
Ti2 เวลาทำงานในหน่วยไต	Mean	9.35	.331		
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.70		
		Upper Bound	10.00		
	5% Trimmed Mean	9.00			
	Median	8.00			
	Variance	42.732			
	Std. Deviation	6.537			
	Minimum	0			
	Maximum	31			
	Range	31			

ตาราง 9 (ต่อ)

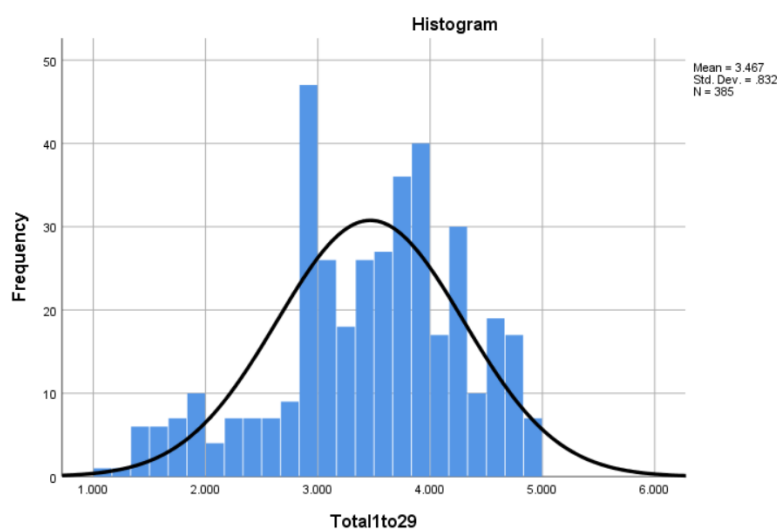
Descriptives			
	Statistic	Std. Error	Z-score
Interquartile Range	10		
Skewness	.740	.124	5.97
Kurtosis	-.230	.247	-0.93

จากภาพการกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรประสบการณ์ทำงาน มีการแจกแจงแบบเบ้ขวา (Right skewed distribution) เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำเบ้ไปทางขวา

จากตาราง Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score พบว่า Kurtosis /SE_{kurtosis} ได้ -0.93 โดยค่าใช้ค่าอ้างอิงที่ < 7 (N>300) (Kim, 2013) หมายความว่า ตัวแปรประสบการณ์ทำงาน มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

จึงสรุปได้ว่าตัวแปรประสบการณ์ทำงาน มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้นจากการพิจารณาค่า Kurtosis /SE_{kurtosis} สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้

2.3 การกระจายตัวของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วย: Graphic test: Histogram



ภาพ 5. การกระจายของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

การกระจายตัวของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า: Statistic test: Z-score

ตาราง 10

Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score ของข้อมูลสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า

Descriptives					
		Statistic	Std. Error	Z-score	
MA1toD29	Mean	3.6851	.03013		
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.6259		
		Upper Bound	3.7444		
	5% Trimmed Mean	3.6600			
	Median	3.6552			
	Variance	.354			
	Std. Deviation	.59494			
	Minimum	2.21			
	Maximum	5.00			
	Range	2.79			
	Interquartile Range	1.03			
	Skewness	.360	.124	2.90	
	Kurtosis	-.917	.247	-3.71	

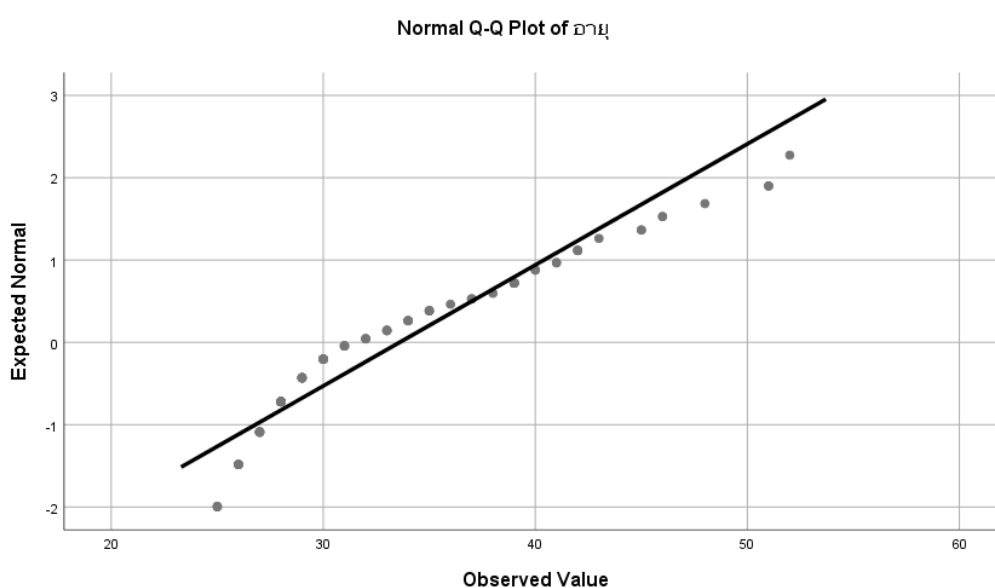
จากภาพการกระจายข้อมูลของแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ตัวแปรสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) เนื่องจากมีการกระจายข้อมูลเป็นระฆังคว่ำ

จากตาราง Descriptive พิจารณาจากค่า Z-score พบว่า Kurtosis /SE_{kurtosis} ได้ -3.71 โดยค่าใช้ค่าอ้างอิงที่ < 7 (N>300) (Kim, 2013) หมายความว่า ตัวแปรสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

จึงสรุปได้ว่าตัวแปรสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้

3. การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร เพื่อดูว่าลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity Relationship) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot)

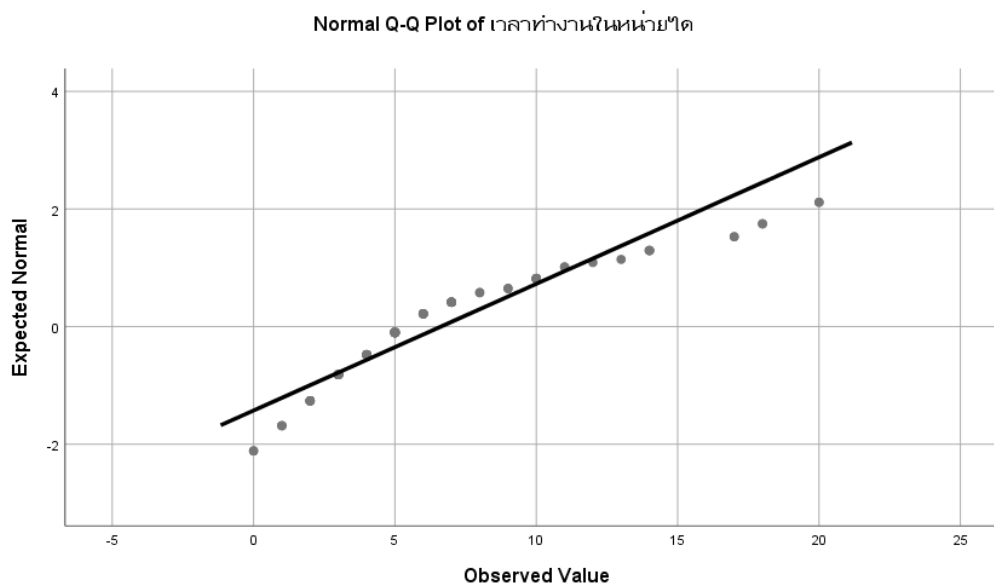
3.1 การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอายุกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต



ภาพ 6. Normal Q-Q plot ของข้อมูลอายุ

ลักษณะของจากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรอายุกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์เชิงเส้น เนื่องจากข้อมูลมีการเรียงตัวเข้าใกล้เส้นทแยงมุม ดังนั้น ข้อมูลชุดผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้นสามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรประสบการณ์ทำงานกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต



ภาพ 7. Normal Q-Q plot ของข้อมูลประสบการณ์ทำงาน

ลักษณะของจากภาพการกระจาย (Scatter Plot) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะตัวแปรประสบการณ์ทำงานกับสมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์เชิงเส้น เนื่องจากข้อมูลมีการเรียงตัวเข้าใกล้เส้นทแยงมุม ดังนั้นข้อมูลชุดผ่านการทดสอบข้อมูลเบื้องต้น สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation) (รัตนศิริ, 2561) มีดังนี้

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยตัวแปรตัวหนึ่งมีการวัดอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) และมีลักษณะการแจกแจงของประชากรไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ต้องมีการแจกแจงแบบโค้งเดียว และค่อนข้างสมมาตร

จากการศึกษาตัวแปรในงานวิจัย คือ สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต อยู่ในระดับอัตราภาคชั้น (interval scale)

2. ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีการวัดอยู่ในมาตรานามบัญญัติ (Nominal) และแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะอย่างแท้จริง เช่น เพศชาย-หญิง เคย-ไม่เคย เป็นต้น

จากการศึกษาตัวแปรในงานวิจัย คือ ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า การได้รับอบรมการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มีค่าอยู่ในมาตรวัดนามมาตรา (Nominal scale)

สำหรับตัวแปรที่มีค่าอยู่ในมาตรวัดนามมาตรา จำแนกเป็น 2 ระดับ กำหนดค่าของแต่ละกลุ่มเป็นค่า 1 และ 2 ต้องแปลงตัวแปรอิสระดังกล่าวเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ได้แก่ ระดับการศึกษา แปลงเป็นตัวแปรหุ่น คือ ปริญญาตรี = 1 และสูงกว่าปริญญาตรี = 2

จำนวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ไม่เคยได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือเทียบเท่ากับจำนวนผู้ป่วย 0 คน = 0 และ เคยได้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าหรือเทียบเท่ากับจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป = 1

การได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แปลงเป็นตัวแปรหุ่น คือ เคยได้รับการอบรม = 1 และไม่เคยได้รับการอบรม = 0

ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการวางแผนดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต อยู่ในระดับอัตราภาคขั้น (interval scale)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	นางสาวทิพย์ศิริ สหพรพันธุ์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	6310420051	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2562

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งงานและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา