



ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการ
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง
SYMPTOM EXPERIENCES, SYMPTOM MANAGEMENT AND OUTCOMES OF
MANAGEMENT AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENT WITH
PALLIATIVE CARE

Received: August 04, 2023

Revised: October 12, 2023

Accepted: November 08, 2023

ปิยพร พรพนม¹, สุพัตรา บัวที^{2*}, นงเยาว์ มีเทียน²

Piyaporn Pronpanom¹, Supatra Buatee^{2*}, Nongyow Meetian²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคด์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 89 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามประสบการณ์อาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ วิงเวียน และปวดมึนชา โดยอาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่เป็นมากที่สุดทั้งความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนประจำวันมากที่สุด ส่วนกลวิธีการจัดการอาการกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่ การจัดการอาหารและน้ำ การปรับพฤติกรรมพักผ่อน การแพทย์ทางเลือก การปรับความคิดและจิตใจ การจัดการด้วยสิ่งแวดล้อม ผลของการจัดการส่วนใหญ่ พบว่า ดีขึ้น

จากการศึกษาที่ได้ พยาบาลควรนำประสบการณ์ของผู้ป่วยไปใช้ในการพัฒนา และวางแผนการดูแลเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การจัดการ, ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Master Student, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: supatra.b@msu.ac.th



Abstract

The purpose of descriptive study were to explore the symptom experiences, symptom management strategies and symptom outcomes among of eighty-nine end stage renal diseases patient with palliative care. The data was collected by the symptom experiences questionnaires. The data were descriptive statistically analysis.

The finding revealed the first fifth order symptoms included fatigue, nausea/vomiting, insomnia, dizziness and pain. The most frequent symptom and most severely disrupted daily of life was fatigue. The symptom management included manage food and water, take a rest and take a nap, alternative medicine, meditation and cognitive, arrangement environment. The participant perceived the symptom revealed that feel better than they get.

The patient experiences used to develop care plan to support those who live with end stage renal diseases with palliative care to gain better living.

Keywords: experience, management, end-stage renal disease, palliative care



บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังทั่วโลกมีราว 850 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 11-12 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ พบว่า จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตจากการที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้มีมากถึง 2.9 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 8 ล้านคน⁽²⁾ การรักษาปัจจุบันใช้การบำบัดทดแทนไต แต่ยังพบว่า มีกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ สาเหตุเช่น การมีโรคร่วม วัยผู้สูงอายุ เหตุผลด้านเศรษฐกิจ และการไม่สนใจ⁽³⁾ ซึ่งการที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁴⁾

การดูแลแบบประคับประคองโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ เน้นที่การบรรเทาอาการผิดปกติที่ปรากฏ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจะคงที่และลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 1-6 เดือนก่อนเสียชีวิต⁽⁵⁾ มีวิถีของอาการที่ไม่แน่นอนตลอดระยะเวลา เกิดความวิตกกังวล เป้าหมายของการรักษาแบบประคับประคอง ปัจจุบัน คือ การบรรเทาอาการไม่สบายกาย การลดอาการแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยไม่เร่งระยะเวลาหรือยื้อชีวิตให้การดำเนินของโรคเป็นไปตามวิถีธรรมชาติเพื่อการดูแลอย่างยืดหยุ่นและเป็นไปตามวิถีของอาการ จำเป็นต้องมีการประเมินอาการให้ครอบคลุมตามความต้องการ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มุ่งหมายลดความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการที่สอดคล้องเหมาะสมกับประสบการณ์การเกิดอาการของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคอง^(6,7)

อาการผิดปกติเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดจากการไตไม่สามารถทำหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย มีการสะสมของเสียมากขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในร่างกายหลากหลายระบบ⁽⁸⁾ ซึ่งมีงานวิจัย พบว่า มีการรับรู้อาการของผู้ป่วยมากกว่า 1 อาการ⁽⁹⁻¹¹⁾ จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการจัดเป็นกลุ่มได้ 7 กลุ่มอาการ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย กลุ่มอาการอ่อนเพลีย กลุ่มอาการทางระบบประสาท กลุ่มอาการของเสียคั่ง กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการทางผิวหนัง กลุ่มอาการทางเพศสัมพันธ์ และกลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ และยังพบว่า จากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม^(7,10) ภาวะอาการดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีเพียงการลดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาการจัดการที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อผลลัพธ์ด้านการรับรู้อาการที่ดีขึ้น สำหรับประเทศไทยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีความแตกต่างกันในลักษณะวิถีของอาการ⁽¹²⁾ กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนที่เลือกการดูแล



แบบประทับประคองจะพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้อาการเท่านั้น⁽¹³⁾ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประทับประคองได้เลือกปฏิบัติตามการรับรู้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการอาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง เพื่อช่วยให้พยาบาลหรือนุเคราะห์ทางสุขภาพ ให้เกิดความเข้าใจอาการที่ผู้ป่วยเผชิญ และสามารถวางแผนการดูแลได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคและคณะ (2001)⁽¹⁴⁾ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง โดยแต่ละบุคคลจะมีการจัดการที่แตกต่างและหลากหลาย ทำให้ได้แนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับ ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้อาการของบุคคลใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ความถี่ คือ การรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดบ่อยมากน้อยเพียงใด 2) ความรุนแรง คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงเกิดผลระดับใด 4) การรบกวนชีวิตประจำวัน คือ การที่ผู้ป่วยประเมินว่าอาการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองอยู่ในระดับใด
2. การจัดการอาการ คือ วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล
3. ผลของการจัดการ คือ การรับรู้ผลลัพธ์จากการประเมินจากประสิทธิผลของการจัดการอาการเป็นตัวชี้วัดของการจัดการอาการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประทับประคอง ณ โรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 102 ราย



กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 ราย คำนวณจากประชากร 102 ราย โดยใช้สูตร Yamane (1973) มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ ระดับค่าอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² ระดับความรู้สึกลึกซึ้งสามารถสื่อสารได้ สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพ และผู้ดูแลหลัก 2) ส่วนที่ผู้วิจัยกรอกข้อมูล โดยจากข้อมูลเวชระเบียน จำนวน 2 ข้อ สิทธิการรักษา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มีทั้งหมด 16 อาการ จะให้กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้อาการว่า มี หรือ ไม่มีอาการ หากมีอาการจะได้อธิบายเพิ่มเติมทั้ง 3 มิติ คือ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวัน เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ดังนี้

1. การรับรู้อาการ ลักษณะแบบสอบถามจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามว่า มี หรือ ไม่มีอาการ จากอาการทั้งหมด 16 อาการ แต่ละอาการผู้วิจัยแปลผลเป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

2. ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของอาการ จะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์ ประเมินรูปแบบ numeric rating scales (NRS) 0-10 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกได้เพียงตัวเลขเดียว แปลผลได้ดังนี้

2.1) ความถี่ กำหนดให้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย คะแนน 1-3 หมายถึง มีอาการ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ คะแนน 4-6 หมายถึง มีอาการ 3-4 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 7-9 หมายถึง มีอาการ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ และคะแนน 10 หมายถึง มีอาการเกิดตลอดทุกวัน

2.2) ความรุนแรง กำหนดให้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรง ไปถึงคะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงมาก

2.3) การรบกวนชีวิตประจำวัน กำหนดให้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่รบกวนชีวิตเลย ไปถึงคะแนน 10 หมายถึง มีการรบกวนชีวิตมาก

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการ เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับวิธี สามารถตอบได้อย่างอิสระ และผลของการจัดการตามวิธีดังกล่าวว่า ดีขึ้น คงเดิมหรือแย่ลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์อาการที่ได้ หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.95 จากนั้นนำแบบสอบถามทดลองใช้ (try out) กับ



กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 ราย นำมาทดสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากอธิบายข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ สถานที่วิจัยเลือกบริเวณที่มีการรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลา 30-45 นาที เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 89 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารเลขที่รับรอง: 355-359/2565 วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 การดำเนินการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยทราบ หากตอบรับหลังจากอธิบายข้อมูลให้ลงชื่อในใบยินยอม หลังเข้าร่วมการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยตัวตน เพื่อให้อิสระหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวก สามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อยุติได้ตลอดเวลา กรณีหากเกิดอาการผิดปกติขณะเข้าร่วม ผู้วิจัยจะประเมินอาการ ให้การช่วยเหลือ และส่งต่อการดูแลที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 68.43 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.40 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.90 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.20 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.00 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 62.07 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง ร้อยละ 71.90 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45.00

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 32.04 โรคร่วมที่พบมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.46 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 จะมีเจ็บป่วยมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 87.70

ประสบการณ์การอาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นทั้ง 16 อาการ พบว่า 5 อันดับอาการที่พบบ่อยสูงสุด ได้แก่ เหนื่อยล้า ร้อยละ 98.90 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 95.50 นอนไม่หลับ ร้อยละ 94.44 วิงเวียน ร้อยละ



94.40 และปวดมึนชา ร้อยละ 92.11 ตามลำดับ ด้านมิติของอาการ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) ความถี่ของการเกิดอาการ 5 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ ปวดหรือมึนชา หายใจลำบาก 2) ความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ปวดมึนชา ตามลำดับ 3) การรบกวนชีวิตประจำวันของอาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ปวดมึนชา เคลื่อนไหวลำบาก วิงเวียน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของอาการที่เกิดขึ้นบ่อย และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมิติการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89 คน)

อาการ	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	การรบกวนชีวิตประจำวัน
	n (%)	mean (S.D.)	mean (S.D.)	mean (S.D.)
1. เหนื่อยล้า	88 (98.91)	6.74 (0.91)	7.90 (1.75)	6.24 (1.05)
2. เคลื่อนไหว/อาเจียน	85 (95.51)	5.20 (0.89)	5.90 (1.53)	4.76 (0.93)
3. นอนไม่หลับ	84 (94.40)	5.76 (0.80)	6.58 (1.66)	6.02 (1.17)
4. วิงเวียน	84 (94.40)	5.50 (0.94)	6.26 (1.54)	5.10 (1.05)
5. ปวดมึนชา	82 (92.13)	5.64 (0.93)	6.42 (1.66)	5.96 (3.30)
6. เคลื่อนไหวลำบาก	82 (92.14)	6.12 (1.09)	7.12 (4.41)	5.50 (1.16)
7. บวมตามร่างกาย	81 (90.10)	5.10 (0.90)	5.34 (1.50)	4.67 (0.91)
8. เบื่ออาหาร	80 (89.92)	4.92 (0.89)	5.32 (1.54)	4.48 (1.02)
9. หายใจลำบาก	79 (88.89)	5.52 (1.00)	6.44 (2.76)	4.80 (1.03)
10. ปาก/คอ แห้ง	75 (84.31)	4.36 (1.01)	4.62 (1.40)	4.22 (1.03)
11. ขากระตุก	74 (83.11)	4.46 (1.05)	4.57 (1.40)	4.08 (0.97)
12. ท้องผูก	73 (82.00)	4.06 (0.89)	4.60 (1.68)	4.06 (0.87)
13. อาการคันผิวหนังแห้ง	72 (80.80)	4.58 (0.99)	4.66 (1.51)	4.08 (1.07)
14. ซึมเศร้า เครียด	66 (74.20)	4.17 (1.11)	3.58 (1.34)	1.89 (0.91)
15. ง่วงซึม	33 (37.11)	4.76 (0.87)	2.60 (1.44)	2.74 (0.71)
16. ท้องเสีย	33 (37.13)	4.34 (1.03)	2.67 (1.25)	3.04 (0.90)

หมายเหตุ : ตัวหนา = อาการ 5 อันดับแรก



การจัดการและผลของการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้วิธีการจัดการที่หลากหลายร่วมกัน เพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้น สรุปผลของการจัดการอาการตามอาการที่พบบ่อย 5 อาการแรกอธิบายได้ ดังนี้

1. อาการเหนื่อยล้า มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ การนั่ง/นอนพัก เป็นกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการปรับพฤติกรรมการพักผ่อนเพื่อสงวนพลังงาน มากที่สุด ร้อยละ 43.18 รองลงมา คือ การนวดตามร่างกาย ร้อยละ 34.08 เป็นวิธีที่พบโดยส่วนใหญ่ ในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ผลลัพธ์ในการใช้วิธีการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่า เป็นการปฏิบัติ ทำให้มีการรับรู้อาการดีขึ้น แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้การจัดการเป็นประจำและบ่อยครั้ง

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการด้านอาหารและน้ำมากถึงร้อยละ 35.28 วิธีที่ใช้ คือ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว การจิบน้ำบ่อยๆ การอมน้ำแข็ง รองลงมา คือ การงดรับประทานอาหารและน้ำ ร้อยละ 25.88 การเลือกใช้การจัดการส่วนใหญ่เห็นได้ว่าเป็นการหลีกเลี่ยงการกระตุ้นการเกิดอาการ ผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จากการวิเคราะห์ พบว่า ดีขึ้น ช่วยให้อาการลดลงได้

3. อาการนอนไม่หลับ มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการความคิดและจิตใจ ร้อยละ 57.85 ได้แก่ การฟังดนตรี การฟังธรรม และการทำสมาธิ รองลงมา คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมมากถึงร้อยละ 34.50 ได้แก่ การลดเสียงรบกวนและแสงสว่าง การมีอากาศที่ถ่ายเท เห็นได้ชัดว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้ทั้งทางกายภาพและจิตใจ ผลลัพธ์ที่พบโดยส่วนใหญ่ ประเมินตามการรับรู้ พบว่า ดีขึ้น สามารถนอนหลับได้ แต่ใช้เวลานานเพื่อหลับสนิท

4. อาการปวดเมื่อย มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกรูปแบบการจัดการโดยการใช้แพทย์ทางเลือก คือ การนวด เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกใช้ในการจัดการอาการปวดเมื่อยมากที่สุด ร้อยละ 35.36 รองลงมา คือ การใช้ยาทาบริเวณที่มีอาการ ร้อยละ 25.60 ผลลัพธ์ของการใช้วิธีการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ทำให้มีการรับรู้อาการดีขึ้น บรรเทาอาการได้ และนอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 15.85 สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ได้แก่ การอดทนจนกว่าอาการจะดีขึ้น การซื้อยารับประทานเอง

5. อาการวิงเวียน มีการจัดการอาการที่ปฏิบัติเป็นประจำ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่วนใหญ่เลือกใช้การจัดการอาการ โดยใช้การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 26.67 คือ การใช้ยาสมุนไพร รองลงมา คือ การปรับพฤติกรรม ร้อยละ 16.67 คือ การนอนพัก นั่งพัก การเปลี่ยนท่าช้าลง และการใช้น้ำเย็นลูบตามร่างกาย ผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตามการรับรู้ พบว่า ดีขึ้น บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ ลดลงแต่ไม่ได้หายขาดในทันที ส่วนใหญ่จะใช้เวลามากกว่าจะสามารถกลับคืนสู่การทำกิจกรรมปกติได้



อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของโรค และคณะ เนื่องจากสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ประสิทธิภาพอาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการที่พบมากที่สุดอาจไม่ใช่อาการที่มีอิทธิพลมากที่สุด ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด และการจัดการอาการนั้นมีหลากหลายวิธีตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล แตกต่างตามการรับรู้ โดยในการอภิปรายครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอตาม 3 อันดับอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 98.91 และมีคะแนนค่าเฉลี่ยทั้ง 3 มิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีภาวะยูรีเมียเป็นสารขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดง ส่งผลทำให้การสร้างฮอร์โมนอีโรพอยติน (erythropoietin) และปริมาณออกซิเจนในเซลล์ต่างๆ ของร่างกายลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากขึ้น^(16,17)

2) อาการคลื่นไส้/อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อย และรุนแรงในระดับมาก จากภาวะยูรีเมียมีผลต่ออวัยวะน้ำลายทำให้การรับรสเสีย ลิ้นมีรสเพี้ยน ความรุนแรงของการนั้นมีผลเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมได้นาน หรือการเหนื่อยล้าจากอาการคลื่นไส้/อาเจียนที่ไปส่งผลต่อการรับประทานอาหาร กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ การจิบน้ำบ่อยๆ การรับประทานอาหารรสเปรี้ยว มีการศึกษา พบว่า น้ำจืดสามารถที่จะลดอาการคลื่นไส้/อาเจียนได้มากถึงร้อยละ 60 อีกทั้งยังพบว่า การกดจุดบริเวณข้อมือช่วยลดอาการได้⁽¹⁵⁾

3) อาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง เช่นเดียวกับความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อาจจะมีมากขึ้นในวัยผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป อธิบายได้ว่า ภาวะยูรีเมียนี้เองที่ทำให้ฮอร์โมนในร่างกายทำงานผิดปกติ นำไปสู่การทำงานของฮอร์โมนอัลโดสเทอโรนผิดปกติ ทำให้ร่างกายถูกยับยั้งเข้าสู่การนอนหลับในระยะหลับลึก หรือ non-REM⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลให้เกิดผลพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เวลานอนผิดปกติ อ่อนเพลียง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน^(18,19)

จากอาการที่เกิดขึ้นข้างต้น จะเห็นได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกันในทางพยาธิสภาพของโรคเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาทางเลือกในการรักษามากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยในด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการที่รายงานมา บางอาการนั้นอาจจะไม่ได้เกิดความถี่มากตามไปด้วย จะเห็นได้ว่า หากแบ่งช่วงคะแนนตามการใช้ในแบบการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ESAS ชื่อเต็มว่า Edmonton Symptom Assessment System ให้คะแนนจาก 0-10 คะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด⁽²¹⁾ ซึ่งจะพบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่



จึงไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง กำหนดเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ควบให้อาการอยู่ที่ระดับ 0-3 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยยังรับรู้อาการอยู่ในระดับมาก คือ 7-10^(7,17) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแม้จะเป็นระยะสุดท้ายควรดูแลให้มีอาการคงที่ เพราะการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยยังทำได้ จึงมีการแสวงหาวิธีการจัดการอาการกันหลากหลายรูปแบบ ต่างจากกลุ่มโรคอื่นที่มีการใช้ยา หรือต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากกว่า⁽²⁰⁾ ดังนั้น การศึกษาวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อลดภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นนั้นเป็นหัวข้อที่จำเป็นในการลดผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้น

จากวิถีของอาการที่ไม่สม่ำเสมอผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ใช้วิธีการจัดการที่หลากหลายตามการรับรู้อาการของแต่ละบุคคลเกิดรูปแบบทั้งที่ได้มาตรฐานและต้องปรับหรือส่งเสริมให้มีความเหมาะสม เกิดจากตัวบุคคลที่มีความต้องการในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นแสวงหาการจัดการให้เข้ากับบริบทบุคคล ในที่นี้ผู้วิจัยนำเสนอกลวิธีที่ใช้พบว่า 5 อาการที่พบบ่อย มีรูปแบบการจัดการมากถึง 44 วิธี เพื่อหวังผลเกิดความรุนแรงลดลงตามการรับรู้ที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นกลุ่มที่เผชิญกับอาการที่หลากหลายอาการ การที่จะส่งเสริมการจัดการอาการที่เหมาะสมจะต้องมีความเฉพาะทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ^(12,14) ดังเช่น

1) การจัดการอาการเหนื่อยล้า การเหนื่อยล้าในการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างการนอนหรือนั่งพักและการใช้ยาคุมสมุนไพรร และ การรับประทานผลไม้ จะเห็นได้ว่า มีบางรูปแบบการจัดการอาการที่เสี่ยงต่อการอาการแทรกซ้อน ในลักษณะของการเบี่ยงเบนความสนใจทั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การฝึกโยคะ การออกกำลังกายแบบแรงต้าน การใช้ยาสมุนไพรรแบบสุดคม กลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบการรักษาที่เลือกใช้ยา เช่น การใช้ Fluoxetine, sertraline และการไม่ใช้ยา เช่น การกำหนดลมหายใจ⁽²²⁾

2) การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการศึกษา คือ การรับประทานอาการรสเปรี้ยว การจิบน้ำบ่อยๆ และรับประทานอาหารช้า ๆ ผู้ป่วยบำบัดไตทดแทนด้วยเครื่องฟอกไต ใช้วิธี การกดจุดบริเวณข้อมือ การกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น⁽²³⁾ ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีเพียงรูปแบบการใช้ยา เช่น metoclopramide, haloperidol⁽²²⁾ จะเห็นได้ว่า การจัดการยังไม่ได้แก้สาเหตุของการเกิดอาการ คือ การลดการคั่งของเสียและการจัดการอาการอาหาร การจิบน้ำจะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

3) การจัดการอาการนอนไม่หลับ การศึกษาที่พบส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ยาและไม่ได้จัดการอาการ ปล่อยให้เกิดอาการโดยจะชดเชยการนอนโดยการนอนกลางวันเพิ่มขึ้น เป็นการจัดการที่จะทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานได้ไม่ปกติ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเซลล์



ของร่างกายลดลง เกิดของเสียคั่งเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ในรูปแบบการจัดการอาการนอนไม่หลับนั้นส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มที่บำบัดทดแทนไต เช่น การฟังเพลง การบำบัดโดยใช้สมาธิ การใช้น้ำมันหอมระเหย เป็นต้น^(24,25) ซึ่งการจัดการนี้เหมาะสมทำให้ลดการใช้พลังงานมีผลทำให้ของเสียลดลง

ผลของการจัดการจากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นในส่วนของการรับรู้อาการหลังได้รับการจัดการ พบว่า ดีขึ้นขณะหนึ่ง และไม่ทำให้ต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือเกิดภาวะพึ่งพิงต่อบุคคลอื่น แต่วงจรของการเกิดอาการยังคงอยู่ การรับรู้ว่าอาการดีขึ้น แต่ยังมีโอกาสเกิดอาการได้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนผลของการจัดการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาส่วนใหญ่ของระยะสุดท้ายจะมุ่งหวังตัวชี้วัดร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น ความผาสุก การวัดผลความเข้าใจความต้องการทางการดูแล ที่จะเน้นในเรื่องของการจัดการทางจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ^(26,27) จากเหตุนี้จำเป็นที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ต้องการ ให้ตรงกับประสบการณ์อาการที่เผชิญในวิถีการดำเนินของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการศึกษานี้ พบว่า ประสบการณ์อาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต้องได้รับการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการ การส่งเสริมกลวิธีการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการดำเนินของโรคที่จำเป็นจะต้องเร่งแก้ไข หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินประสบการณ์การเกิดอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้น หากมีความเข้าใจในการประเมินจะนำมาสู่การดูแล การจัดการอาการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองความต้องการตามเจตจำนงค์ที่ได้รับการวางแผนไว้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากงานวิจัยที่พบ ควรมีการส่งเสริมการประเมินอาการให้กับทีมสุขภาพ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการอาการเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดการจัดการอาการที่ครอบคลุม และในด้านการวิจัยควรมีการศึกษาเชิงทดลองในรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการอาการให้ได้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการอาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง



เอกสารอ้างอิง

1. Luyckx VA, Tonelli MO, Stanifer JW. Bull World Health Organ. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. 2018; 96(6): 414-422.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2565]; 41. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4768?locale-attribute=th>
3. อภิรดี อภิวัฒน์นกร, ศศิธร ไชยประสิทธิ์. การปฏิเสธการฟอกไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดอุดรดิตถ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6): 546-551.
4. Verberne WR, Dijkers J, Kelder JC, Geers AB, Jellema WT, Vincent HH, et al. Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. BMC Nephrology. 2018; 19(1): 205-224.
5. Phang K, Abdul Latif AAL, Lee KW, Ching SM, Ooi PB. Effects of Psychotherapy on Quality of Life in End-stage Renal Disease Patients: A Systematic Review with Meta-analysis. Oman Med J. 2022 May 31; 37(3): e383. doi: 10.5001/omj.2021.88. PMID: 35712372; PMCID: PMC9188738.
6. O'Connor NR, Corcoran AM. End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. Am Fam Physician. 2012 Apr 1;85(7):705-10. Erratum in: Am Fam Physician. 2012 May 15;85(10):950. Dosage error in article text. PMID: 22534347.
7. Massy ZA, Chesnaye NC, Larabi IA, Dekker FW, Evans M, Caskey FJ, et al. The relationship between uremic toxins and symptoms in older men and women with advanced chronic kidney disease. Clin Kidney J. 2022; 15: 798-807.
8. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Towards a symptom cluster model in chronic kidney disease: A structural equation approach. J Adv Nurse. 2017; 73: 2450-2461.
9. Moore C, Santhakumaran S, Martin GP, Wilkinson TJ, Caskey FJ, Magadi W, et al. Symptom clusters in chronic kidney disease and their association with people's ability to perform usual activities. PloS one Journal. 2022; 17: 2-16.
10. อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35: 120-128.



11. Raghavan D, Holley JL. Conservative Care of the Elderly CKD Patient: A Practical Guide. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2016 Jan;23(1):51-6. doi: 10.1053/j.ackd.2015.08.003. PMID: 26709063.
12. Karadag E, Kilic SP, Metin O. Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nurs Health Sci*. 2013 Jun;15(2):164-71. doi: 10.1111/nhs.12008.
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(55): 668-76.
14. Garlapati P, Gajjar E, Then EO, Gayam V. End-stage renal disease and lower gastrointestinal bleeding-A propensity-matched analysis of nationwide inpatient sample. *International Journal of Clinical Practice*. 2021; 75(2). doi.org/10.1111/ijcp.13633.
15. Wong J, Marr P, Kwan D, Meiyappan S, Adcock L. Identification of inappropriate medication use in elderly patients with frequent emergency department visits. *Can Pharm J (Ott)*. 2014 Jul; 147(4): 248-56.
16. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/e-BOOK-palliative-care.pdf>
17. Boje J, Madsen JK, Finderup J. Palliative care needs experienced by Danish patients with end-stage kidney disease. *J Ren Care*. 2021 Sep;47(3):169-183. doi: 10.1111/jorc.12347.
18. Maung SC, Sara AE, Chapman C, Cohen D, Cukor D. Sleep disorders and chronic kidney disease. *World J Nephrol*. 2016; 5(3): 224-32.
19. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017-1024.
20. Imamah NF, Lin HR. Palliative Care in Patients with End-Stage Renal Disease: A Meta Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 11;18(20):10651. doi: 10.3390/ijerph182010651. PMID: 34682395; PMCID: PMC8535479.
21. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, Rao R, Muckaden MA. Pilot Testing of Triage Coding System in Home-based Palliative Care Using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian journal of palliative care*. 2016;22: 19-24.
22. Davey CH, Webel AR, Sehgal AR, Voss JG, Huml A. Fatigue in Individuals with End Stage Renal Disease. *Nephrol Nurs J*. 2019 Sep-Oct;46(5):497-508. PMID: 31566345; PMCID: PMC7047987



23. Ju A, Unruh ML, Davison SN, Daputo J, Dew MA, Fluck R, Germain M, Jassal SV, Obrador G, O'Donoghue D, Tugwell P, Craig JC, Ralph AF, Howell M, Tong A. Patient-Reported Outcome Measures for Fatigue in Patients on Hemodialysis: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2018 Mar; 71(3): 327-343. doi: 10.1053/j.ajkd.2017.08.019. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29198388.
24. Jermrod, P., Klangburam, N. The Context That Promotes Self-care to Delay the Deterioration of the Kidney in Patients with Chronic Kidney Disease. *JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE.* 2021; 32(2); 195–211.
25. Siripuk Chansangsa. The Elderly's Experience in "Lueadlompraepuran" Therapy by Yahom. *Journal of Traditional Thai Medical Research.* 2020; 6(2): 35-49.
26. Lindberg M, Lundström-Landegren K, Johansson P, Lidén S, Holm U. Competencies for practice in renal care: a national Delphi study. *J Ren Care.* 2012; 38(2): 69-75.
27. American Nephrology Nurse Association. Position statement nephrology nurse's role in palliative and end-of-life care. *Nephrol Nurs J* 2018; 45(6): 549-51, 613.