

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลยะลา

Development of Renal Palliative Care for End Stage Renal Disease with Denial Renal Replacement Therapy in Yala Hospital

Received: Sept.11, 2021

Accepted: June15, 2021

Published: July5, 2021

สุรีพร ศิริยะพันธุ์, นิฮุดา ชายเกตุ, เนตรชนก สันตรัตติ

กลุ่มงานการพยาบาล รพ. ยะลา

Sureeporn Siriyapan, Nihuda Chaigate, Natchanok Suntarutti

Nursing Department of Yala Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาและสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบและ 3) ประเมินผลการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยการประชุมกลุ่ม (focus group) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้ป่วย 2)ญาติ 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวนทั้งหมด 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างที่ผ่านการทดสอบความตรงโดยวิธี Index of Item – Objective Congruence (IOC) ได้ค่าความตรงระหว่าง 66 – 1.0 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรม และยกยกรูปแบบผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 8 คน 2. ทีมพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการศึกษาได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย, 2) แบบสอบถามความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านและ 3) ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ค่าความตรง (IOC) ระหว่าง .67-1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .742 .732 .802 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาในครั้งนี้มีดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา พบปัญหาด้านการดูแล 2 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วยพบว่า 1.1 ผู้ป่วยไม่กล้าพอกไต และมีความเชื่อทางศาสนา 1.2 การเป็นภาระของครอบครัว 1.3 ต้องการได้รับการรักษาแบบประคับประคอง 2) ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ พบรูปแบบที่ควรพัฒนาคือ 2.1 การวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2.2 เยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2.3 การจัดการอาการไม่สุขสบาย 2.4 ควรมีการพัฒนาความรู้และลงพื้นที่ชุมชน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่คัดกรองผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรูปแบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จนผู้ป่วยเสียชีวิต

3. ผลการนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักต่อการดูแลแบบประคับประคอง เฉลี่ยร้อยละ 88 ความพึงพอใจต่อการบริการการเยี่ยมบ้าน เฉลี่ยร้อยละ 91 ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.45 ;SD= 0.57) และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดได้แก่ อัตราของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ร้อยละ 100 อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 100 อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสมร้อยละ 100 ควรมีการขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดยะลา และพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้ เนื่องจากมีรูปแบบการดูแลและมีบริบทการดูแลเดียวกัน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่พัฒนาจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และเป็นการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง

Corresponding author: สุรีพร ศิริยะพันธุ์ Email: sureepornywd@gmail.com

Original article

Received: Sept.11, 2021

Accepted: June15, 2021

Published: July5, 2021

Abstract

This action research study aimed to 1) study the situation, 2) develop a model, and 3) measure the effect of the palliative care model. Three phases were implemented. In Phase 1, we studied the situation by conducting a focus group with 3 types of participants including 1) patients, 2) relatives, 3) multidisciplinary care team. There was a total of 19 persons. We utilized a structured interviewing form with Index of Objective Congruency (IOC) ranging from 0.66-1.00 was used. In Phase 2, we developed a model of care using study results from phase 1 and literature review. Our care model was drafted and validated by a panel of 3 experts. In Phase 3, we evaluated the outcomes of the development of our care model. We purposively selected 2 types of participants for Phase 3, including 1) 8 patients with end stage renal disease with denial renal replacement therapy were, and 2) 42 nurses who had experience in caring for 8 patients with end stage renal disease. In Phase 3, we administered a questionnaire of satisfaction on palliative care, conducted home visits, and gathered opinions of the multidisciplinary care team. We found IOC ranged from 0.67-1.00 and Cronbach alpha coefficient for reliability was 0.742, 0.732, 0.802, respectively. Data were analyzed using descriptive. Results were as follows:

1. There were 2 aspects in the problem of providing renal palliative care for end stage renal disease with denial renal replacement therapy at the Yala hospital. The first aspect of providing care included challenges from the patient perspective including 1.1) fear of hemodialysis and religious belief, 1.2) family burden, 1.3) need for palliative care. The second aspect included challenges from the perspective of the multidisciplinary care team including 2.1) early care planning, 2.2) home visit for patients, 2.3) management of uncomfortable symptoms, 2.4) knowledge development and supervision.

2. The model of renal palliative care for end stage renal disease with denial renal replacement therapy in Yala hospital consisted of caring for patients from screening, care in hospital, and continuous care at home. Thus, the care model spanned from hospital to home until the patient's death.

3. After development of the model, we found that satisfaction of patients and/or primary care givers regarding palliative care was 88%, satisfaction of patients and/or primary care givers about the home visit was 91%. Overall, we found that the service team had the opinion on a care model was at the highest level ($\bar{X} = 4.45$; $SD = 0.57$). For indicative outcomes, it was found that rate of preparation of advance care plan for patients and families was 100%, the rate of continuous care for patients was 100%, and the rate of appropriate symptom management for patients was 100%.

Therefore, the nursing practice guidelines we developed in this study should be extended to a network of community hospitals in Yala province and the three southernmost provinces in Thailand. Our model has the same contextual care as in the three southernmost provinces. We developed a this model for continuous care of end stage renal disease patients from hospital to community settings.

Keywords; Patients with End Stage Renal Disease, Renal Replacement Therapy, Palliative Care

Corresponding author: Sureeporn siriyapan Email: surepornywd@gmail.com

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศไทย ในปี 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 200,000 คน และอัตราตาย 25.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปีโดยเฉลี่ย รายค่าใช้จ่ายในการฟอกไตผ่านเครื่องไตเทียม จ่ายครั้งละ 1,500 – 2,000 บาท ซึ่งผู้ป่วยต้องฟอกไตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, 2018; Nephrology Society of Thailand, 2018)

สำหรับโรงพยาบาลยะลา พบผู้ป่วยที่รับการรักษาไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต และรับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าในปี 2560-2562 พบผู้ป่วยเป็นจำนวน 34, 68 และ 132 ตามลำดับ การดูแลในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายการดูแลโดยทั่วไป เริ่มต้นจากการให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การควบคุมโรค การควบคุมโรคร่วม และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น (Thanairat, and Tassana, 2018; Kittikorn, and Waraporn, 2013) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบางกลุ่มเลือกการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) อันเป็นรูปแบบการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตให้มีความคุณภาพชีวิตที่ดี และ บรรเทาอาการทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการให้ความสำคัญเรื่องการให้ข้อมูลการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ (WHO, 2017; Sri Wiang, 2014; Jamras, Malinee, and Mali, 2017) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ความรุนแรงของอาการจะมากกว่า เนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดภาวะยูรีเมีย คืออาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เนื้อเยื่อรอบหัวใจบวม ปลายประสาทเสื่อม ความคิดสับสน ง่วงนอน ชัก Coma และมีอาการรุนแรงมากขึ้น (Thanairat, and Tassana, 2018; Somsri, 2013)

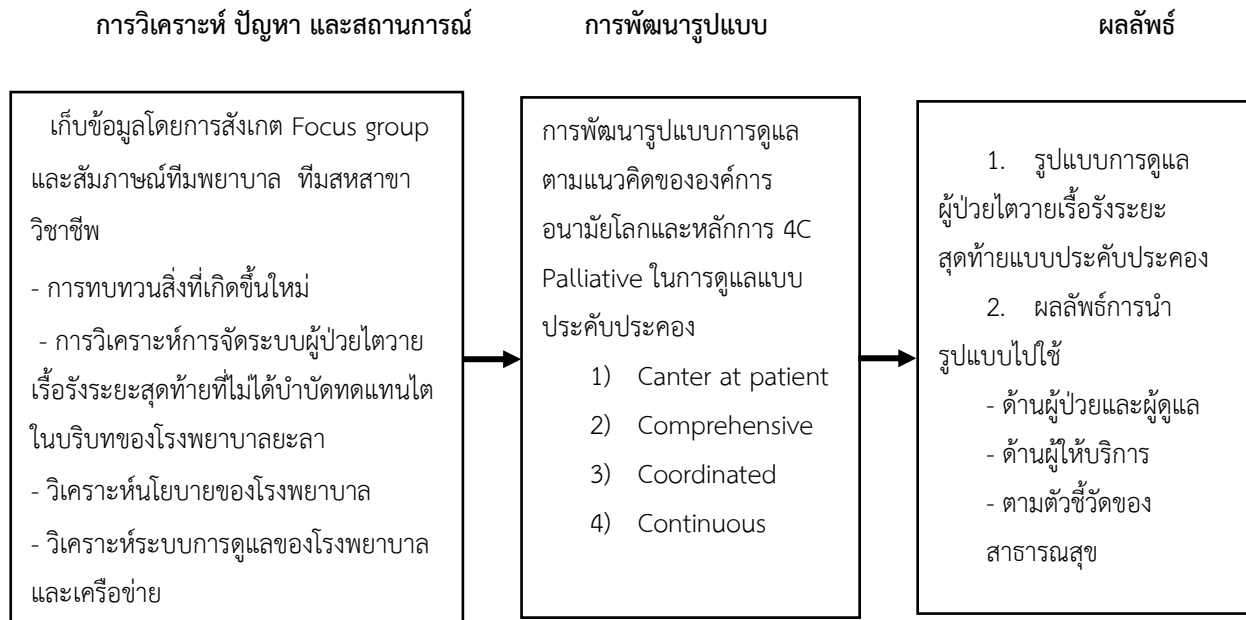
รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้การบำบัดทดแทนไตระดับประเทศคือการส่งข้อมูลจากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและการลงทะเบียน หากมีอาการเพิ่มขึ้น จะให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดโอกาสในเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง ทำให้ต้องเผชิญกับผลกระทบ และความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อนเสียชีวิตเพียงลำพัง โดยไม่มี การจัดการที่ดี และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่สำหรับโรงพยาบาลยะลา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จะได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง แต่พบว่าทีมประคับประคอง โรงพยาบาลยะลาไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ในการดูแลที่ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต และพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลที่ชัดเจน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ จะเกิดประโยชน์สำหรับเป็นแนวทางต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา เพื่อให้มีระบบการดูแลที่ถูกต้อง ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแลที่ดี มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ ผู้ป่วย และครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการบูรณาการกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำหลักการ 4C ในการดูแลแบบประคับประคอง โดยดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ของบอร์กและกอลล์ (Borg and Gall, 1983) มี 3 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน (เดือนพฤษภาคม 2562 - มีนาคม 2563) รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลละลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมสุขภาพ ได้แก่ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญด้านไต นักโภชนาการ พยาบาลชุมชน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทดแทนไต เภสัชกร และพยาบาลทีมประคับประคอง ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน 2) ผู้ป่วยและญาติ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดัดแปลงบทสัมภาษณ์จากการศึกษาของ Kitikorn and Prasert (2016) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลละลา เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลละลา ซึ่งคำถามเชิงโครงสร้างประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน และพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC 0.67 – 1.00)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม (focus groups) สำหรับกลุ่มที่มีสุขภาพ ใช้เวลากลุ่มละ 1.30 ชั่วโมง และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลารวมกันทั้งหมดครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาปัญหาและศึกษาสถานการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นที่ศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนามอย่างย่อ ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตได้ในขณะสัมภาษณ์ก่อนนำมาอธิบายไว้ในบทสัมภาษณ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง จะเป็นการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล และได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ (Liamputtong, P., 2009)

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้การบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา

มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก และหลักการ 4C palliative บุรณาการให้สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรมของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำมาวิเคราะห์สาระสำคัญ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์และเตรียมความพร้อมในการจัดรูปแบบการดูแล ขั้นที่ 2 กำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบ ขั้นที่ 3 ออกแบบในการพัฒนาการดูแล ขั้นที่ 4 ออกแบบการประเมินผล ขั้นที่ 5 ประเมินผลรูปแบบการดูแล

2. นำผลของการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาร่างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

3. ยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบ โดยผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาไปประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทดแทนไต นักโภชนาการ พยาบาลการดูแลปฐมภูมิ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลเฉพาะด้าน โดยผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม (focus groups) ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง ซึ่งมีประเด็นคำถาม 4 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความถูกต้องเหมาะสมอย่างไร 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้อย่างไร 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้อย่างไร 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ

4. ยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ด้วยการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดูแลตามหลักวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้ และประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผลจากการพิจารณา เห็นว่ารูปแบบดังกล่าว มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติการพยาบาล แต่มีการปรับปรุงบางประเด็น ผู้วิจัยจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปปฏิบัติการพยาบาล และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

5. นำรูปแบบการดูแลไปใช้ โดยการจัดอบรมแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

6. นำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบ
ระดับประคับประคองแบบประคับประคอง ไปใช้ในโรงพยาบาลยะลา

**ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัด
ทดแทนไตแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา**

ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคอง มีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคอง ที่รับการรักษาในที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษอายุรกรรมจำนวน 4 หอผู้ป่วย
โรงพยาบาลยะลา ในช่วงเวลาเดือน ธันวาคม – เดือนมกราคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยะลา คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง
เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป, ผู้ป่วยไม่ได้บำบัดทดแทนไต,
และมี $GFR \leq 15$ และผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 คน **เกณฑ์การคัดออก** (exclusion criteria) ได้แก่
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองที่มีความทุกข์ทรมานทางกายมาก จนไม่
สามารถที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้ และ/หรือไม่สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2) ทีมผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้
บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง จำนวน 42 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล และผลลัพธ์ด้านทีมผู้
ให้บริการดังนี้**

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือ
ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความ
พึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโรงพยาบาล
นครศรีธรรมราช ของวาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558) จำนวน 20 ข้อ
ผู้ป่วยและญาติใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน ญาติตอบในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่พร้อมให้ข้อมูล และเป็นผู้ดูแลหลัก ข้อคำตอบ
ให้เลือก 5 ระดับ เป็น คะแนนจาก 1-5 คะแนน หมายถึง 1 คือพึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด
1.2) ความพึงพอใจต่อการบริการการเยี่ยมบ้าน สำหรับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการ
ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแบบประคับประคองในโรงพยาบาลยะลา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความพึงพอใจของ
ญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว โรงพยาบาลเสลภูมิของ จิตติมา โพธิ์ศรี
(2556) จำนวน 8 ข้อ ทั้ง 2 แบบสอบถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็น คะแนนจาก 1-5 คะแนน หมายถึง 1 คือ
พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด โดยคำนวณเป็นจำนวน และร้อยละ

2 ผลลัพธ์ด้านทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก
แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ของวาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558) จำนวน

5 ข้อ คะแนนจาก 1-5 คะแนน ได้แก่ คะแนนที่ 1 คือความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด ถึง คะแนนที่ 5 คือ ความคิดเห็นระดับมากที่สุด ซึ่งแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 4 กลุ่มคือ เห็นด้วยมากที่สุด, เห็นด้วยมาก, เห็นด้วยปานกลาง, เห็นด้วยน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลโรคไต 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วย IOC โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และทีมให้บริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อหาความเที่ยง ทดสอบโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน และความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ตามลำดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.742 0.732 0.802

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ขั้นก่อนเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา และพยาบาลหอผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย และผู้วิจัยทำเรื่องขอเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินงานเก็บข้อมูลวิจัย

ขั้นการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยที่รับการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังประกาศใช้ 1 เดือน และเก็บข้อมูลผลในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลความคิดเห็นของทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2562 ตามรหัสโครงการเลขที่ 11/2562

ผลการวิจัย

1. ปัญหา และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

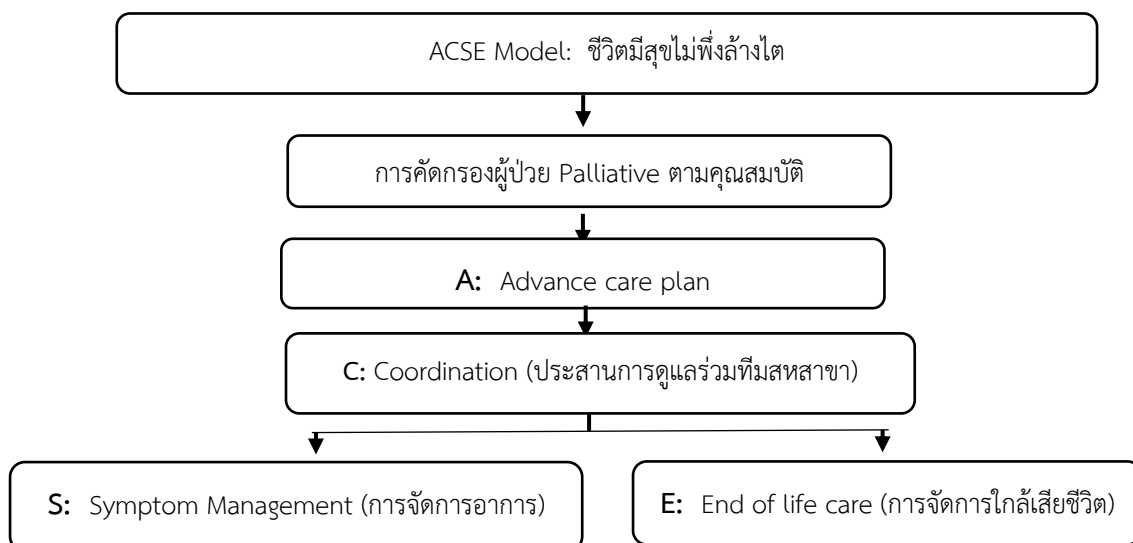
ข้อมูลด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้ดูแล และ ข้อมูลด้านทีมสหสาขาได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) พร้อมทั้งการสัมภาษณ์บางประเด็นสำหรับทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผลการศึกษาสถานการณ์

1.1 ปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีสาเหตุเนื่องจาก 1) ผู้ป่วยกลัวเจ็บในการทำหัตถการ และมีความเชื่อว่า เมื่อมีสายทางหน้าท้องจะไม่สามารถทำพิธีทางศาสนา (ละหมาด) ได้ 2) การเป็นภาระของครอบครัว เกรงใจผู้ดูแล 3) ต้องการรับการรักษาแบบประคับประคอง มีเป้าหมายการรักษาคือ ไม่ทุกข์ทรมาน

1.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของทีมสหวิชาชีพ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคองพบว่า 1)การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan: ACP) เป็นเรื่องที่สำคัญในการวางแผนเรื่องการดูแล 2) ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจัดการและประสานปัญหาเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข และจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 3) ควรมีการจัดการอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอาการรบกวนมากมาย การจัดการอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายตามสภาพที่เป็นอยู่ 4) การพัฒนาความรู้และลงมือทศนงาน เป็นประโยชน์ และเหมาะกับบริบทของเครือข่ายจังหวัดยะลา จึงควรมีการนิเทศงาน ขยายโมเดลนี้ไปใช้ต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ชื่อ ASCE Model เป็นรูปแบบที่เน้นการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย A= Advance care plan คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยจะรู้เป้าหมายการรักษา (Goal of care) และสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Peace of death: POD) ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถให้การดูแลที่ชัดเจนตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว C= Co ordinate การประสานงานสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เป็นการประสานการดูแลในหลายทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ดี มีคุณภาพ S=Symptom Mangement คือการจัดการอาการ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการแทรกซ้อนมากมาย ได้แก่อาการปวด อาการเหนื่อย ตะคริว ชีต คัน เป็นต้น อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วย ไม่สุขสบาย ส่งผลถึงการดำรงชีวิต ความผาสุกในช่วงสุดท้ายของชีวิต และก่อให้เกิดความเครียดของญาติ ทำให้บางรายญาติตัดสินใจไม่ปฏิบัติตาม ACP เพราะกลัวผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยได้ E= Ent of Life care เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ก็มีรูปแบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ตามความต้องการของผู้ป่วย โดยแบ่งตามพื้นที่การดูแล และมีทีมประคับประคองโรงพยาบาลยะลา เป็นผู้ประสานการดูแล และจัดการในระยะสุดท้ายของชีวิต



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง

จากภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระยะลา พัฒนาตามแนวคิดของ WHO และหลักการของ 4C palliative เป็นรูปแบบการดูแลจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ระบบการดูแลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

ผลการทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบ ประคับประคอง ในโรงพยาบาลระยะลา ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน คือ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ด้านความ คิดเห็นของทีมนักสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล ต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง (n=8)

ความพึงพอใจ	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	ร้อยละเฉลี่ยด้านร่างกาย คือร้อยละ 86									
1. การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	4	50	4	50	0	0	0	0	0	0
2. ได้รับการดูแลอาการปวด	2	25	5	62.5	1	12.5	0	0	0	0
ข้อ 3 - 5.....										
ด้านจิตใจ	ร้อยละเฉลี่ย ด้านจิตใจ คือร้อยละ 92									
6. มีโอกาสได้พูดคุยระบาย.....	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0
7. ได้รับการดูแลที่อบอุ่น	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0
ข้อ 8 -11										
ด้านสังคม	ร้อยละเฉลี่ย ด้านจิตใจ คือร้อยละ 86									
12. ได้รับการ สนับสนุนให้ได้รับ	4	50	4	50	0	0	0	0	0	0
การรักษาตามสิทธิที่มี										
ข้อ 13 - 15.....										
ด้านจิตวิญญาณ	ร้อยละเฉลี่ย ด้านจิตวิญญาณ คือร้อยละ 90									
16. ได้ปฏิบัติตามประเพณี	3	37.5	5	62.5	0	0	0	0	0	0
17. ได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติ..	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	0	0
ข้อ 18 - 20	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไต วายระยะท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เฉลี่ยร้อยละ 88.5 พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านร่างกายได้ร้อยละ 86 ด้าน จิตใจได้ร้อยละ 92 ด้านสังคมร้อยละ 86 และด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 90

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตและ/หรือ ผู้ดูแลที่มีต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน (n= 8)

ความพึงพอใจ	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านพึงพอใจกับเจ้าหน้าที่	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	0	0
2. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ.....	5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	0	0
3. ท่านพอใจกับคำอธิบาย...	6	75.0	2	25.0	0	0	0	0	0	0
ข้อ 4 - 8.....										

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตและ/หรือผู้ดูแลที่มีต่อการติดตามเยี่ยมบ้าน เฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 91.87 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 75 คือเรื่องท่านพอใจต่อการได้รับคำอธิบายในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ และท่านพึงพอใจในอัยยาศัย ความอบอุ่นและเป็นกันเอง ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ขณะเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (n= 42)

ด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ง่าย/สะดวกในการนำไปใช้	4.52	0.63	เห็นด้วยมากที่สุด
2. ชัดเจนในการปฏิบัติ	4.66	0.62	เห็นด้วยมากที่สุด
3. เหมาะสมกับหน่วยงาน	4.49	0.54	เห็นด้วยมากที่สุด
4. เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	4.64	0.54	เห็นด้วยมากที่สุด
5. สามารถวัดดูประสงคตามที่กำหนด	4.64	0.55	เห็นด้วยมากที่สุด
ความคิดเห็นโดยรวม	4.45	0.57	เห็นด้วยมากที่สุด

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.45$;SD= 0.57)

ตารางที่ 4 อัตราการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง

อัตราการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง	มกราคม –พฤศจิกายน 63		ธันวาคม 62 –มกราคม 63	
	จำนวน (n=21)	ร้อยละ	จำนวน (n=8)	ร้อยละ
1. อัตราผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการทำACP	16	76	8	100
2. อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	18	85	8	100
3. อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการ	14	66	8	100

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง ในปี 2563 พบว่า เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่าอัตราผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการทำ Advance care plan, อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และอัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการ ร้อยละ 100 ทั้งหมด

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา ซึ่งผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา แบ่งเป็น ด้านผู้ป่วยพบว่า 1) ผู้ป่วยกลัวเจ็บในการทำหัตถการ มีความเชื่อทางพิธีกรรมศาสนา (ละหมาดไม่ได้) 2) การเป็นภาระของครอบครัว 3) ต้องการรับการรักษาแบบประคับประคอง จะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนหนึ่งซึ่งผู้ป่วยไม่ยอมฟอกไต อาจเนื่องจากคิดว่าอายุมากแล้ว อธิบายได้ว่า ทศนคติ และอายุที่มากขึ้น ความกลัวเจ็บ กลัวฟอกไตไม่เป็น ผู้ป่วยมีปัจจัยที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ดูแล หรือความเกรงใจผู้ดูแล (Sri Wiang, 2017; Amnuayporn, Atchara, Sajja, and Chulabhorn, 2015) และพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตที่เป็นมุสลิม ให้ความสำคัญเรื่องการทำพิธีทางศาสนา ซึ่งโดยทั่วไปศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมทุกคน เชื่อในคำสอนของพระเจ้า ตามแนวคิดของศาสนาอิสลามเชื่อถือว่า เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เป็นหนทางที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ชิดพระเจ้า และจะได้รับการตอบแทนในชีวิตรใหม่ (Narisa, Kittikorn, and Waraporn, 2013; Damrong, 2004) ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญในการทำพิธีกรรมทางศาสนา เช่นการละหมาด ทำให้ผู้ป่วยคิดว่า มีความเชื่อว่า เมื่อมีสายทงหน้าท้องจะไม่สามารถทำพิธีทางศาสนา(ละหมาด)ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนเลือกการรับการรักษาแบบประคับประคอง เนื่องจากมีเป้าหมายการรักษาคือ ไม่ต้องการทุกข์ทรมาน และต้องการแค่การจัดการอาการจากทีมประคับประคอง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต จะมีอาการที่ต้องการจัดการ และสิ่งสำคัญในการจัดการสำหรับโรคนี้คือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan: ACP) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ และครอบครัวยอมรับเรื่องการดูแลร่วมกับผู้ป่วย (Si Wiang, and Napa, 2017)

สำหรับด้านทีมสหสาขาวิชาชีพพบว่า 1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นเรื่องที่สำคัญในการวางแผนเรื่องการดูแล 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ควรมีการติดตาม และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญ ในการติดตามผู้ป่วย 3) การจัดการอาการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต และการพัฒนาความรู้และลงนิเทศหน้างาน เรื่องการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง สอดคล้องหลักการ 4C palliative ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อน และปัญหาเริ่มทวีมากขึ้น ในช่วงท้ายของชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลที่เป็นแบบแผนมาตรฐาน และต่อเนื่อง และการดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยคือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่อง (Si Wiang, and Napa, 2017)จากประสบการณ์ของทีมสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า “ก่อนที่จะมีทีมประคับประคองช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเห็นว่า ตอนแรกก็บอกว่าไม่ฟอกไต แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น ญาติทำใจไม่ได้ จะขอสู้เต็มที่ ทั้งขอใส่ท่อช่วยหายใจ และฟอกไต นี่เป็นรูปแบบที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า และจัดการอาการที่ไม่ดี”

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา พัฒนารูปแบบการดูแลเนื่องจาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแลแบบ

ประคับประคอง โดยเริ่มแผนพัฒนารูปแบบจากการคัดกรองผู้ป่วย ตามข้อบ่งชี้ เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ ทีมประคับประคองจะประเมินผู้ป่วยและครอบครัว และนัดประชุมครอบครัว (Family meeting: FM) เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยกำหนดเกณฑ์ในการทำ และให้แพทย์เป็นผู้เริ่มพูดคุย ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นขบวนการที่จำเป็น ในการเตรียมการในอนาคตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ หรือผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดสะท้อนถึงความต้องการในชีวิตของตนเอง โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่สามารถควบคุมความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิตได้ (Si Wiang, and Napa, 2017; Phatthanit, Amphaporn, and Nam Ooy, 2018) ทีมประคับประคอง จัดรูปแบบการดูแลโดยประสานการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมประคับประคอง แพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ จะมีการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) พร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลยะลา โดยรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน แบ่งตามอาการ/ภาวะผู้ป่วยเป็นหลัก โดยใช้ระบบของคลินิกเจ็บปวด (Pain clinic) เป็นหน่วยกลางในการประสานการดูแล ระหว่าง โรงพยาบาลชุมชน บ้าน และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อร่วมจัดการอาการให้ผู้ป่วยในรูปแบบของผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD) ในการเบิกยาเดิม หรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จะมีการประสานการดูแลโดยให้พื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU) สำหรับลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และรายงานปัญหาแก่หน่วยการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลยะลา เพื่อให้แพทย์สั่งยา และจัดการอาการต่อไป

สำหรับผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จะปัญหาไม่สามารถกลืนยาได้ หรือมีปัญหาการดูดซึมยา การให้ยาได้ผลด้วยอุปกรณ์ขนาดเล็กจะช่วย จัดการอาการปวด และอาการรบกวนอื่นที่ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยลงได้ จึงส่งผลดีต่อผู้ป่วยและ สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่กลับไปดูแลที่บ้านได้ (Sri Wiang, 2017) ซึ่งทีมจัดการโดยใช้การแบ่งตามเขตเทศบาล เนื่องจากในเขตเทศบาล ทีมประคับประคองจะจัดการอาการผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนัง (Syringe Driver) แบบให้ยา 1 วัน และนอกเขตเทศบาลใช้อุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบให้ยา 3 วัน และการประสานการดูแลโดยให้พื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU) เช่นกัน เป้าหมายการดูแล (Goal of care) คือ การทำตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan: ACP) ที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ และจัดการอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวยาวัจกรระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไวยาวัจกรระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต เฉลี่ยร้อยละ 88.5 พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านร่างกายได้ร้อยละ 86 ด้านจิตใจได้ร้อยละ 92 ด้านสังคมร้อยละ 86 และด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 90 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไวยาวัจกรระยะสุดท้ายไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการดูแลใกล้ชิด และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาผู้ป่วยสูง จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Sri Wiang, 2017) และเนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแล เป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยพยาบาลประคับประคองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ Direct care หากผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีการติดตามผู้ป่วย โดยทีมเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรานิษฐ์, อำภพร และ น้ำอ้อย (2561) (Phatthanit, Ampaporn and Namooi, 2018) ศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์และกระบวนการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลูกกลามพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการประเมินปัญหาทางร่างกาย แต่พบเรื่องการประเมินประเด็นปัญหาอื่นๆ ได้แก่การไม่ทราบพยากรณ์โรค ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผน

แผนการดูแลของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ความพึงพอใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตและ/หรือผู้ดูแลที่มีต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้าน เฉลี่ยร้อยละ 91.87 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตและ/หรือผู้ดูแลที่มีต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 75 คือความพอใจกับการได้รับคำอธิบายในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ และท่านพึงพอใจในอ้อยาศัย ความอบอุ่นและเป็นกันเอง ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ขณะเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้าน พยาบาลประจำประคับประคองดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลผู้จัดการกรณี ดังนั้นผู้ป่วยและทีมพยาบาลจะมีความใกล้ชิด สนับสนุน โดยผู้ป่วย หรือญาติมีเบอร์ติดต่อกับพยาบาลเมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยในการดูแล และหากมีปัญหาก็จะต้องจัดการ พยาบาลรับทราบปัญหา และประสานงานต่อกับแพทย์ เพื่อจัดการอาการ หรือเยี่ยมบ้านต่อไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ เข้าใจ ทำใจ และปลงใจ ซึ่งเป็นการดูแลเข้าใจตามบริบท นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Jintana, and Jutamas, 2019)

ผลลัพธ์ที่ทีมผู้ให้บริการมีความเห็นต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.45 ;SD= 0.57) โดยทุกข้อมีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากทีมการดูแลแบบประคับประคองประสานการดูแล โดยแบ่งสัดส่วนหน้าที่ในการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีความเชื่อมโยงกัน ในการปฏิบัติงาน หากมีข้อมูล หรือมีปัญหาในการดูแลแบบประคับประคองสามารถประสานทีมประคับประคองได้ นอกจากนี้การพัฒนาคุณสมบัติในการคัดกรองผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ทีมการดูแลปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ และแพทย์ก็มีแนวทางชัดเจนในการคัดเลือกผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jintana , 2019) พบว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นรูปแบบการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม

อัตราการจัดการการดูแลแบบประคับประคอง ในปี 2563 พบว่า อัตราผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการทำ Advance care plan, อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และอัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสมร้อยละ 100 เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแล ให้ความสำคัญในเรื่อง ACP เมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต ที่รับการดูแลแบบประคับประคอง ทีมจะเริ่มทำ ACP ตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อประเมินความรู้ และความต้องการของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยมีอาการทางกาย ทีมประคับประคองจะประสานแพทย์ ประคับประคองเพื่อจัดการอาการ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีการประสานความร่วมมือกับพยาบาลศูนย์เยี่ยมบ้าน และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ทีมประคับประคองติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถให้ผู้ป่วยโทรหาพยาบาลได้ตลอดเวลา หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการจัดการ พยาบาลประคับประคอง จะรายงานแพทย์ในทีมประคับประคอง เพื่อสั่งยา หรือลงเยี่ยมบ้าน เพื่อจัดการอาการผู้ป่วย นอกจากนี้ มีระบบ Pain clinic เป็นช่องทางในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการดูแลนี้ พัฒนามาจากการสำรวจสถานการณ์ในบริบทของโรงพยาบาลยะลา ดังนั้นหากหน่วยงานใดจะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครั้งนี้ไปใช้ จะต้องมีการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลตนเอง เนื่องจากโรงพยาบาลละลามีทีมแพทย์ พยาบาลประคับประคองให้การดูแล

ในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มี Pain clinic และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการอบรมแบบประคับประคองแล้ว แต่ขาดการจัดรูปแบบที่ชัดเจนในการจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคอง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบจึงเป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ทุกหอผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลา, เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยะลา และพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้)

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต แบบประคับประคองในโรงพยาบาลยะลา เป็นรูปแบบที่ดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง และครบกระบวนการ ดังนั้น จึงควรมีการขยายแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดยะลา และพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลจากแนวคิด 4C Palliative care ซึ่งพัฒนาแนวคิด เป็นการปฏิบัติ โดยการพัฒนาเรื่องการประชุมครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการและความปวด และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ต้องมีการศึกษาบริบทของแต่ละพื้นที่ก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อดูความแตกต่างของผลที่เกิดขึ้น

References

- Aroya Yensamer. (2017). *Needs of anti-spiritual care and meeting the spiritual need for end-stage renal failure patients undergoing hemodialysis*. Master's Thesis in Nursing Faculty of Nursing Prince of Songkhla University, Songkhla. (In Thai)
- Damrong waeali. (2004). *End-stage care. According to Islamic guidelines* Yala: O.S. Printing House. (In Thai)
- Jintana Arjsanthia, and Jutamas Tilaphat, (2019). Effects of Palliative Nursing on Quality of Life of End-stage Renal Failure Patients in the Community. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 20 (1), 226-235. (In Thai)
- Kittikorn Nilmanat, and Waraporn Kongsuwan. (2013). A common phenomenon in the end of life and care. Songkhla: Joy Print Co., Ltd. (In Thai)
- Liamputtong, P. (2009). "Qualitative data analysis: conceptual and practical considerations", *Health Promotion Journal of Australia*, 20(2), 133-9.
- Meid Hemman, Kittikorn Nilmanit, and Yaowarat Matchim. (2017). Palliative care for end stage chronic kidney patients: the experience of primary Muslim caregivers. *Journal of Narathiwat Ratchanakarin*. 9 (1), 50-59. (In Thai)
- Molzahn, A. E. (2009). Management of clients with renal disorder. In J.M. Black., J.H. Hawks (Eds.), *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome* (8th, pp. 779-838). The United State of America: Saunders.
- Nephrology Society of Thailand. (2017). *Recommendations for the care and treatment of palliative chronic kidney disease*. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd. (In Thai)
- Pattranit Methipisit, Amphaporn Namwongprom, and Namooi Phakdiwong. (2018). Outcomes and processes of palliative care in patients with metastatic cancer. *Journal of Nursing Science and Health*. 41 (1), 69-83. (In Thai)
- Somsri Phaosawat, et al. (2013). *Handbook of chronic renal failure patients receiving hemodialysis and kidney transplantation*. Bangkok: HealthWorks Co., Ltd. (In Thai)
- Sriwiang Phairojkul. (2017). *Training of the trainer in palliative care: Module5 Communication in palliative care*. Khon Kaen: LP changnanavitaya. (In Thai)
- Sriwiang Phairojkul, and Napalimrat. (2017). *Training of the trainer in palliative care: Module 8 Ethical Issues in End-of-life care*. Khon Kaen: LP changnanavitaya. (In Thai)
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics 2018*. Nonthaburi: Health Information Group. (In Thai)
- Thitima Phosri. (2013). *Palliative care for terminally ill patients: from hospital to home*. Independent study report for Master of Nursing Science. Khon Kaen University, Khon Kaen. (In Thai)
- Wasana Sawasdeenaruenat, Amonphan Thanierat, and Thanthip Wisettharn. (2015). Development of a palliative care model for patients with advanced cancer. Maharaj Hospital, Nakhon Si Thammarat. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*. 25 (1), 144-156. (In Thai)
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Palliative care: Cancer control: Knowledge into action*. WHO Guide for Effective Programmers. Retrieved 15 January 2019 from. http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/index.html.