

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

Development of a care system for end-stage renal disease patients without palliative renal replacement therapy with the participation of a multidisciplinary team and a network in Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

อดิสร อุดรทักษ์¹, สุลาวณีย์ วรรณโคตร¹,
วิชชุณี ละม้ายศรี¹, รัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์¹.
Adisorn Udontak¹, Sulawan Wannakoth¹,
Witchunee Lamaisri¹, Thanyalak Chaisuk Mollerup¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายระยะเวลาวิจัย เดือนเมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต แบบประเมิน AAR แบบประเมินผู้ป่วยฯ แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยฯ คู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมด้วยสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการทำ Advance care plan ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลงร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยฯและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วยฯ และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง

ABSTRACT

This research was Action research aimed at developing and evaluating a system of care for end-stage chronic kidney disease patients who are not receiving palliative renal replacement therapy with the participation of a multidisciplinary team and affiliates. net Research period: April 2021 to June 2022, 69 participants in the study. Research tools consisted of group discussion questions. In-depth interview, observation form, AAR assessment form, patient assessment form Patient care program satisfaction assessment form Patient care manual Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were analyzed by number, percentage, mean, and comparing the results of the activities with t-test statistics.

The results showed that All patients received advance care plan. Shortness of breath was reduced by 75%, confusion was reduced by 50%, and death peacefully at home was 94.74%. The average score of palliative care results according to patient perception and according to the perception of the caregiver's relatives statistically significantly decreased than before the experiment Mean scores at the end of life in peace based on patients' perceptions. and according to the perception of relatives, carers were higher than before the experiment was statistically significant Patients and caregivers have a high level of satisfaction.

Keywords: end-stage renal disease patients without renal replacement therapy, palliative care

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้า และมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ การรักษาแบบประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดทดแทนไตใด ๆ แต่มุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรครักษาคุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีและตายดี ที่สำคัญการดูแลแบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการบริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการแบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสถานะสุขภาพของประชาชนในประเทศ⁹

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) สาขา Palliative care ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงท้ายของชีวิต ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่าย บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

บริการเดียวทั้งด้านโครงสร้างบุคลากร และคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี⁸ กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลัก โดยกรอบแนวคิด Six building blocks ซึ่งได้แก่ 1) ระบบการให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล¹⁷ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบ และทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิด Six building blocks มาดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยมีส่วนร่วมทั้งเครือข่าย เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวน 126, 172 และ 208 และ ตามลำดับ และในนี้มีผู้ป่วยวายไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไต ต้องการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 22.22, 20.35 และ 25.00⁴ การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีความแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็งเนื่องจากวิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยมีแบบแผนอาการไม่คงที่ ทั้งดีขึ้นและทรุดลง เป็นระยะเวลานาน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงควรมีการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง บรรเทา

ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย มีการดูแลครอบคลุมองค์รวม ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ¹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)¹¹ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา คือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ¹⁵ (Six Building Blocks of A Health System) ประกอบด้วย 1)

service delivery 2) health workforce 3) information system 4) medical products, vaccines & technologies 5) financing 6) leadership/governance ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลา 15 เดือน ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 เมษายน-กันยายน 2564, วงรอบที่ 2 ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565, วงรอบที่ 3 เมษายน-มิถุนายน 2565) ศึกษาในพื้นที่อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวงในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 19 ราย 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 19 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative performance scale version 2 (PPSV2) ที่ PPS 40-70% มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาอุปสรรค และการสนับสนุนต่างๆ ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน และประเด็นที่ต้องการพัฒนาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ

การพัฒนาระบบ การนำระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ความยุ่งยากซับซ้อนของระบบการดูแลที่สรุปได้ 2) แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง 3) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบประเมิน การปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวที่พัฒนาขึ้น

2 เครื่องมือประเมินผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลักได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) 2) แบบประเมิน ESAS เป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด 3) แบบประเมิน Pain Score เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS) เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 ให้ผู้ป่วยประเมินตามความรู้สึก โดยอธิบายว่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด ซึ่งคะแนน 0-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึงปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึงปวดรุนแรง 4) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วม อาการรบกวน ระดับ PPS 5) แบบประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย ศาสตราจารย์จุลีเฮิร์น และ ศาสตราจารย์ไอริน เจ อิกกินสัน ในปี พ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มี 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.9012 ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำหมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดีมี อาการรบกวนต่าง ๆ น้อย 6) แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 13 ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับคะแนน รวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย 7) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลและการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ ของความมีศักดิ์ศรีด้านการอยู่ในความสงบ และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน 13 การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการ และมีประสบการณ์ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้ว

ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้ในการวิจัยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เมษายน-กันยายน 2566

ระยะวางแผน (Plan) ดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart 2) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560 – 2579) 3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) 4) ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ (พ.ศ. 2560-2564) 5) แนวคิด 6 เสาหลักด้านสุขภาพ 6) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง 7) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการวางแผนล่วงหน้า 8) ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) 9) แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ 10) แนวคิดความพึงพอใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 11) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดย 1) สทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน NCD Clinic, CKD

Clinic, ER, IPD, PCU, เกสัชกร, แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด, พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริบาลและอสม. 2) ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในช่วงปีงบประมาณ 2563 จำนวน 28 ราย โดยการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลก่อนดำเนินการระบบใหม่ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(PPS) อาการไม่สุขสบาย การรักษา และการให้ยาเพื่อจัดการอาการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 3) สังเกตการณ์ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

3. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด “Six Building Blocks of A Health System” โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อหาโอกาสพัฒนา

4. ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ Cup board ค้นข้อมูลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง จากการค้นข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา เกิดแผนงานโครงการระดับ Cup board เพื่อพัฒนาทีมผู้ให้บริการ วางแผนการจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Driver ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน

5. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ PTC เพื่อเสนอเพิ่มกรอบยาจัดการอาการที่จำเป็นเพิ่มขึ้น คือ Fentanyl patch Morphine syrup

6. ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วยปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาให้แก่คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดแผนการพัฒนา PCWN ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ระยะปฏิบัติการ (ACT) จัดทำกิจกรรม

โครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังนี้

1. พัฒนาบุคลากรภายนอกหน่วยงานตามแผน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้แก่แพทย์ 1 คนอบรม Pain and PC for Doctors เกสัชกร 1 คนอบรม Palliative care for pharmacists พยาบาลวิชาชีพ 3 คนอบรม Basic Palliative care (จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์) ทีมที่ผ่านการอบรมจะเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเชื่อมต่อระหว่างคลินิก CKD กับ Palliative care และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองทั้งในตึกผู้ป่วยในและในชุมชน

ระยะประเมินผล (Reflection) 1) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การนิเทศติดตามยังไม่ต่อเนื่อง 2) การจัดสรรงบประมาณ Syringe driver เตียงและเครื่องผลิตออกซิเจนยังไม่เพียงพอ 3) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่างกัน การพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมไปถึงเครือข่ายที่อยู่ในชุมชนเช่น อสม. นักบริบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มนี้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 4) ด้านระบบการให้บริการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน 5) ด้านยาและเวชภัณฑ์ พยาบาลเครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. นักและ
บริหารชุมชนบางพื้นที่ยังขาดความรู้และทักษะในการ
ใช้ syringe driver การใช้ยาแผ่นแปะเพื่อลดปวด 6)
การสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
เช่นการสื่อสารว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะ
สุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต้องการดูแล
แบบประคับประคอง เป็นต้น

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 (ตุลาคม-ธันวาคม 25654) ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูล และ
ระดมสมองกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ทีมสหสาขา
วิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดการกำหนด
บทบาทหน้าที่ของทีม แนวทางการสื่อสารในระบบ
Hos-xp มี pop up สื่อสารว่าเป็นผู้ป่วย Palliative
care, Group Line สื่อสารการดูแลผู้ป่วย มีช่องทาง
การขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
จัดทำสื่อแผ่นพับการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง การ
ให้ยาแก้ปวดแบบแผ่นแปะ การนิเทศติดตามหน้างาน
เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2. อบรมในโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไตแบบ
ประคับประคอง ได้แก่ พยาบาลทั้งที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาล และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและนิเทศติดตาม
การปฏิบัติงาน

3. คืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับชุมชน ส่งผล
ให้เกิดการบริจาคเงินเพื่อจัดซื้อ syringe driver
จำนวน 2 เครื่อง เครื่องผลิตออกซิเจน 5 เครื่อง และ
เกิดแนวทางการให้ยามีอุปกรณ์ทางการแพทย์ระหว่าง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./นักบริหารใน
ชุมชน เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้
สามารถประเมินอาการเบื้องต้น การประเมิน PPS การ
จัดการอาการในระยะสุดท้าย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์
ทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน
Syringe Driver การทำแผลและประสานเจ้าหน้าที่ให้

ออกดูแลในชุมชนได้ หลังฝึกอบรมให้นำความรู้และ
ทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 (มกราคม-มิถุนายน 2565)
ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาให้แก่ คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดโครงการ
พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไต
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อ
ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้การ
วางแผนล่วงหน้า โดย ทำการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ
หลังการทดลอง 10 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ
ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัด
ทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าที่มา
รับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง โดยการนำทฤษฎี
ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End
of Life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่า
บุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่
ในภาวะ 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด
(not being in pain) ด้านการมีประสบการณ์ของ
ความสุขสบาย (experience of comfort) ด้านการมี
ประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of
dignity) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace)
และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่
รักและผูกพัน (closeness to significant other)¹⁴
ดำเนินการในช่วง เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน
2565 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 19 ราย วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยสถิติการทดสอบทีคู่ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 93/2564

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 28 ราย พบว่าในช่วงปี 2563 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 67.68) อายุเฉลี่ย 75.38 ปี มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 67.68) รองลงมาคือ เบาหวาน 16 ราย (ร้อยละ 57.14) PPS ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 40-60% 11 ราย (ร้อยละ 39.28) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 24 ราย (ร้อยละ 85.71) รองลงมาคือ ปวด 8 ราย (ร้อยละ 28.57) และ บวม 7 ราย (ร้อยละ 25.00) ยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุดคือ Furosemide inj. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 23 ราย (ร้อยละ 82.14) ระบบการดูแลที่ผ่านมา พบโอกาสพัฒนาคือ 1) ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลัก แต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนว

ทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของทีม พบว่า การประสานเพื่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์มีกรอบยาจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน

2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย มีแนวทางปฏิบัติ และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพิ่มกรอบยาจัดการอาการ มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

3. ประเมินผลการพัฒนา จากการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษารั้งนี้มี ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านร้อยละ 94.74

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าจากการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและการวางแผนล่วงหน้าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.58$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบ

ระดับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = 33.14, p < .001$) ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการ
ได้รับโปรแกรม ($n = 19$)

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.00	1.59	12.05	1.98	26.58	18	.000
ญาติผู้ดูแล	32.15	1.11	8.26	2.55	33.14	18	.000

$p < .05$

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -19.27, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = -24.57, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรม ($n = 19$)

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	72.89	8.65	137.63	9.96	-19.27	18	.000
ญาติผู้ดูแล	66.73	10.75	143.57	7.40	-24.57	18	.000

$p < .05$

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและการวางแผนล่วงหน้าที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้าน

ร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญ เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า

1) ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลัก แต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจน เป็นรูปธรรม 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์มีกรอบบริหารจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุญและคณะ(2563)¹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน คือ ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดประสบการณ์

ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ยังขาดงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ในชุมชน ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน ได้นำประเด็นปัญหาที่ได้มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาปรับปรุง จนเกิดระบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 . เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ด้านการนำและธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอในเทศ ติดตาม 2)การจัดสรรงบประมาณ มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมให้งบประมาณค่าตอบแทนออกติดตามเยี่ยมเชิงรุกในชุมชน มี 3) ด้านกำลังคน มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทั้งในรพ.และรพ.สต. อสม./นักบริบาลในชุมชน จัดให้มีพยาบาล PCWN ,PCCN ครอบคลุมพัฒนาศักยภาพอสม./นักบริบาลในชุมชนเพื่อให้สามารถประเมิน/ประสานการดูแล การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา การทำแผลและการดูแลอื่นๆ ได้ ร่วมเป็นทีมติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อฝึกภาคปฏิบัติ 4)ระบบการให้บริการ มีแนวทางปฏิบัติ Flowการทำงาน มีการเชื่อมต่อระหว่างคลินิกโรคไตกับคลินิกดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์ เพิ่มกรอบบริหารจัดการอาการ 6)ระบบข้อมูลระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น มีการสื่อสารในระบบ Hos-xp, Application Line, โทรศัพท์ จากการพัฒนาระบบดังกล่าวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการออกแบบ

พัฒนาระบบบริการร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้นโดยการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนารักษ์ รักษาติและคณะ(2564)⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไว้รื้อต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.027$) ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.028$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ) และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และจากการประเมินผลการดำเนินงานตาม วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78) ผู้ป่วยได้รับการทำการวางแผนล่วงหน้าทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่

บ้านร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการได้รับโปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่¹⁶ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย พบว่าสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ เช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ (2560)³ ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวดเหนื่อยอ่อนเพลียเบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจเป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่ง

เป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั้นหมายความว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สูงบ่งบ่งภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแล เกิดการรับรู้ความสงบในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดี และเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สูง ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูงป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่

การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. (2563)¹⁸ พบว่า หลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น มีอาการปวดลดลง ความเครียดและความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญอื่นๆของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์และหาแนวทางการพัฒนาในแต่ละหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา จันทนุญและคณะ. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ. ยางสีสุราช จ. มหาสารคาม. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563; 8(1): 129-145
2. เกษราวัลณ์ นิลรวงกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2558
3. ช่อทิพย์ พรหมมรัตน์. 2560 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563; 16(2)
4. ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง พ.ศ. 2561-2564

5. รัตนารณ รัชชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ภัฏฐา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรหม. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 4(2), 1-19.
6. ทศนีย์ ทองประทีป. (2553). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: วีพรีน (1991).
7. บุษยมาส ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนิน นิตย สิริพันธ์, ชนัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมทุบุตร. (2556). การดูแลแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
8. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://bps.moph.go.th/new.bph/>.
9. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การประชุมวิชาการสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหัวข้อ Palliative Care in End-Stage Renal Disease[ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. จาก http://www.thaps.or.th/wpcontent/uploads/2017/07/Proposal-THAPS-Conf-2017_PC-in-End-Stage-Renal-Disease-1.pdf
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization (5th ed.).Missouri: Elsevier; 2005.
11. Nilwarangkul K. Action research for Nursing. Khon Kaen Province: Klunghanawittaya; 2015. [in Thai].
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2012
13. Pukritayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R.Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3), 414-420.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998; 46(4), 169-175
15. Strategic Plan for Index Development Assess disease and health of the Thai population. Health systems development in Thailand. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2007. [in Thai].
16. Suwan P, Sapinun L, Chipoh T, Wongpalee T, Sangwattanasat W, Pongsathaporn R, et al. The Palliative Care Outcome of Cancer patients AtMaharaj NakornChiangMai Hospital. Nursing Journal. 2017;44(2): 89-103. [in Thai].
17. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
18. นภาพร ตั้งพูลผลนิษฐ์.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(2) 38-45