



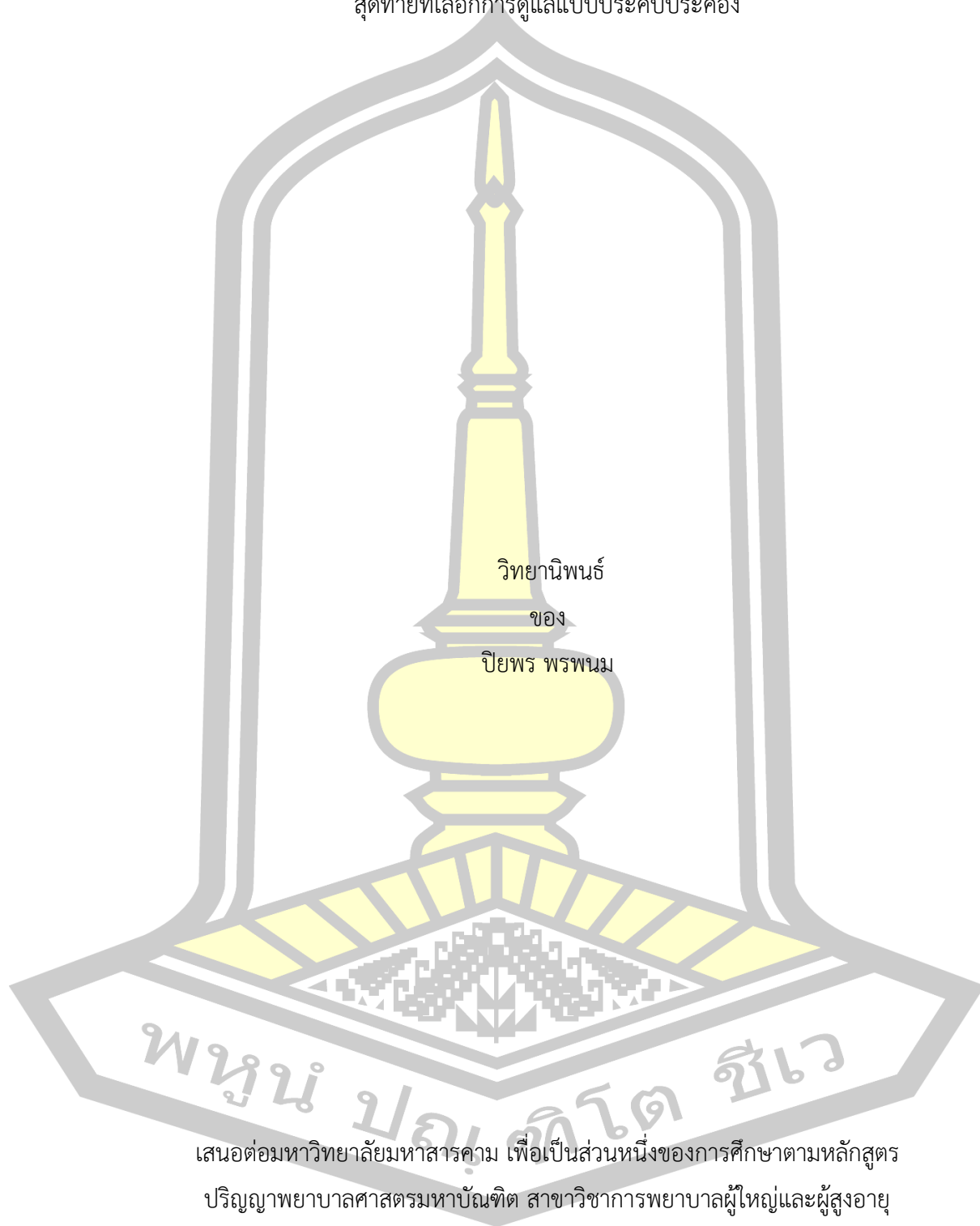
ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ  
สุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

วิทยานิพนธ์  
ของ  
ปิยพร พรพนม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
กรกฎาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ  
สุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

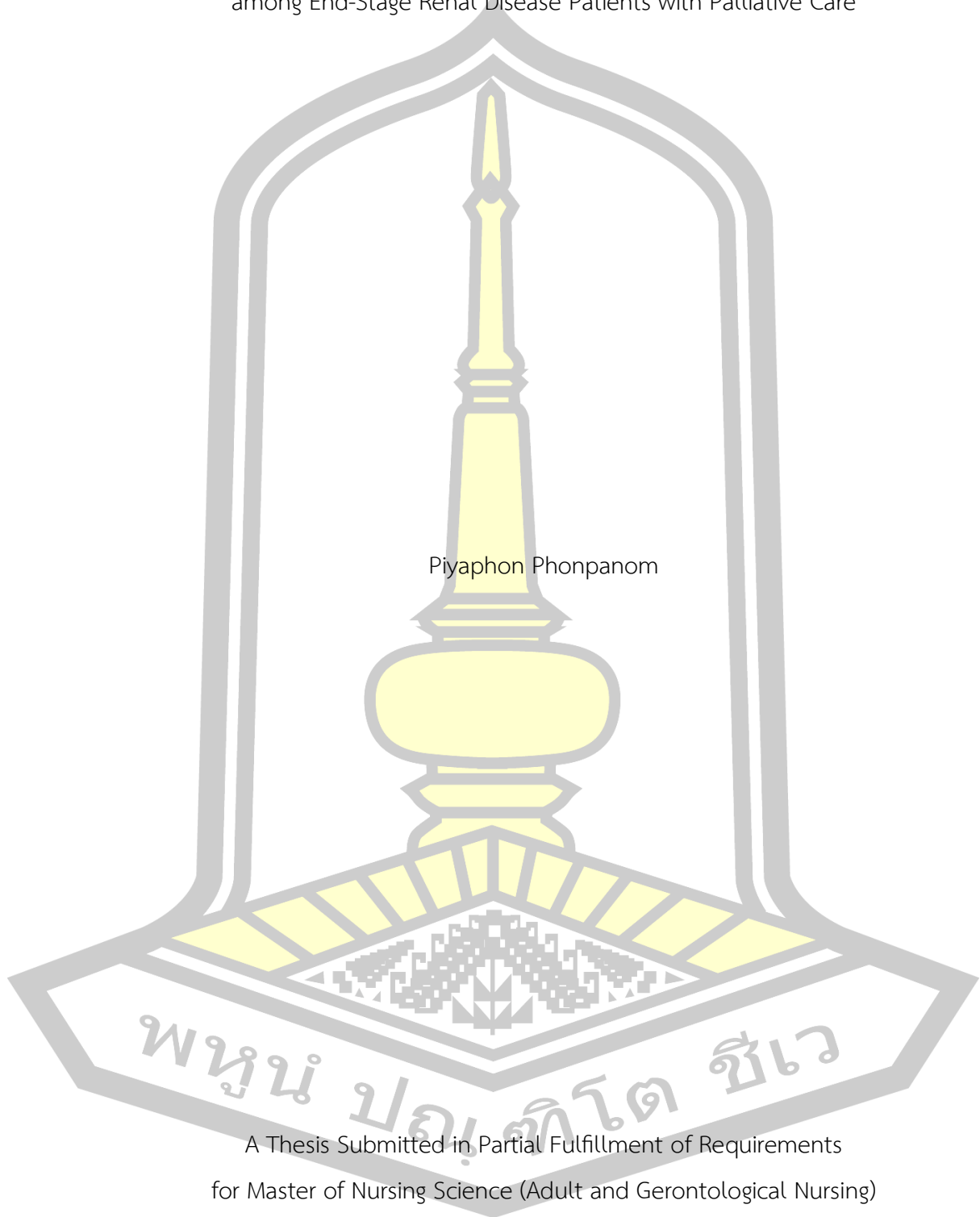


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

กรกฎาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Symptom Experiences, Symptom Management and Outcomes of Management  
among End-Stage Renal Disease Patients with Palliative Care



Piyaphon Phonpanom

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

July 2023

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวปิยพร พรพนม  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวठी )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. นางเยาว์ มีเทียน )

กรรมการ

(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง		
ผู้วิจัย	ปิยพร พรพนม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพัตรา บัวที ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน		
ปริญญา มหาวิทยาลัย	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	สาขาวิชา ปีที่พิมพ์	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2566

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ กลวิธีจัดการกับอาการ และผลของกลวิธีจัดการอาการ ตามกรอบแนวคิดของดอตต์และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 89 ราย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 ใช้แบบสอบถามประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นใหม่ ผ่านการทดสอบความเที่ยงที่ 0.91

ผลการวิจัย ประสบการณ์อาการการเกิดอาการของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอาการ 5 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อยล้า 2) เคลื่อนไหวลำบาก 3) นอนไม่หลับ 4) ปวด/มีนชา และ 5) หายใจลำบาก และวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยแบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ การปรับพฤติกรรม และการใช้ความบำบัด ผลของการจัดการอาการเหล่านี้มีภาวะอาการที่ทุเลาลง

ผลการศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเข้าใจและประเมินอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ใช้เป็นแนวทางการจัดการเพื่อวางแผนส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์อาการ, การจัดการอาการ, ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

<b>TITLE</b>	Symptom Experiences, Symptom Management and Outcomes of Management among End-Stage Renal Disease Patients with Palliative Care		
<b>AUTHOR</b>	Piyaphon Phonpanom		
<b>ADVISORS</b>	Assistant Professor Supatra Buatee , Ph.D. Assistant Professor Nongyaow Meethien , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Nursing Science	<b>MAJOR</b>	Adult and Gerontological Nursing
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2023

#### ABSTRACT

This study is a descriptive study aimed to explore experiences, symptoms, management methods (Dodd et al, 2001) a sample of 89 patients with end-stage chronic kidney disease who chose palliative care who were admitted at Kamalasai Hospital in Kalasin Province collect data between December 2022 to February 2023, used a symptom experience questionnaire, symptom management strategies and outcomes of symptom management of patients with chronic kidney disease.

The Five commons symptoms that interfere with daily life are 1) fatigue, 2) insomnia, 3) poor mobility, 4) pain/numbness, 5) shortness breath, and how to manage the symptoms that the sample uses frequently divided into 2 groups: behavior adjustment and cognitive therapy.

The research results show received the participant revied of unpleasant symptoms. it also guideline to information to develop individual patient strategies by planned care of end-stage renal disease and develop of symptoms management.

Keyword : symptom experience, symptom management, end-stage chronic kidney disease, palliative care

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณอย่างสูง กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาช่วยให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำอันเป็น ประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้โอกาสในการเรียน ให้โอกาสในการทำสิ่งใหม่ ๆ ให้การอบรมสั่งสอน ให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจในการเรียนครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยในชาย ที่ได้ให้โอกาสให้การสนับสนุนในการศึกษาต่อ และให้ความอนุเคราะห์ ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยในชาย และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณนิสิตมหบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจตลอดการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณเพื่อน พี่ น้อง ทุกคนที่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอบคุณพระคุณ พ่อ แม่ น้องชาย สำหรับความรัก ความห่วงใย และสนับสนุนทุกการตัดสินใจตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

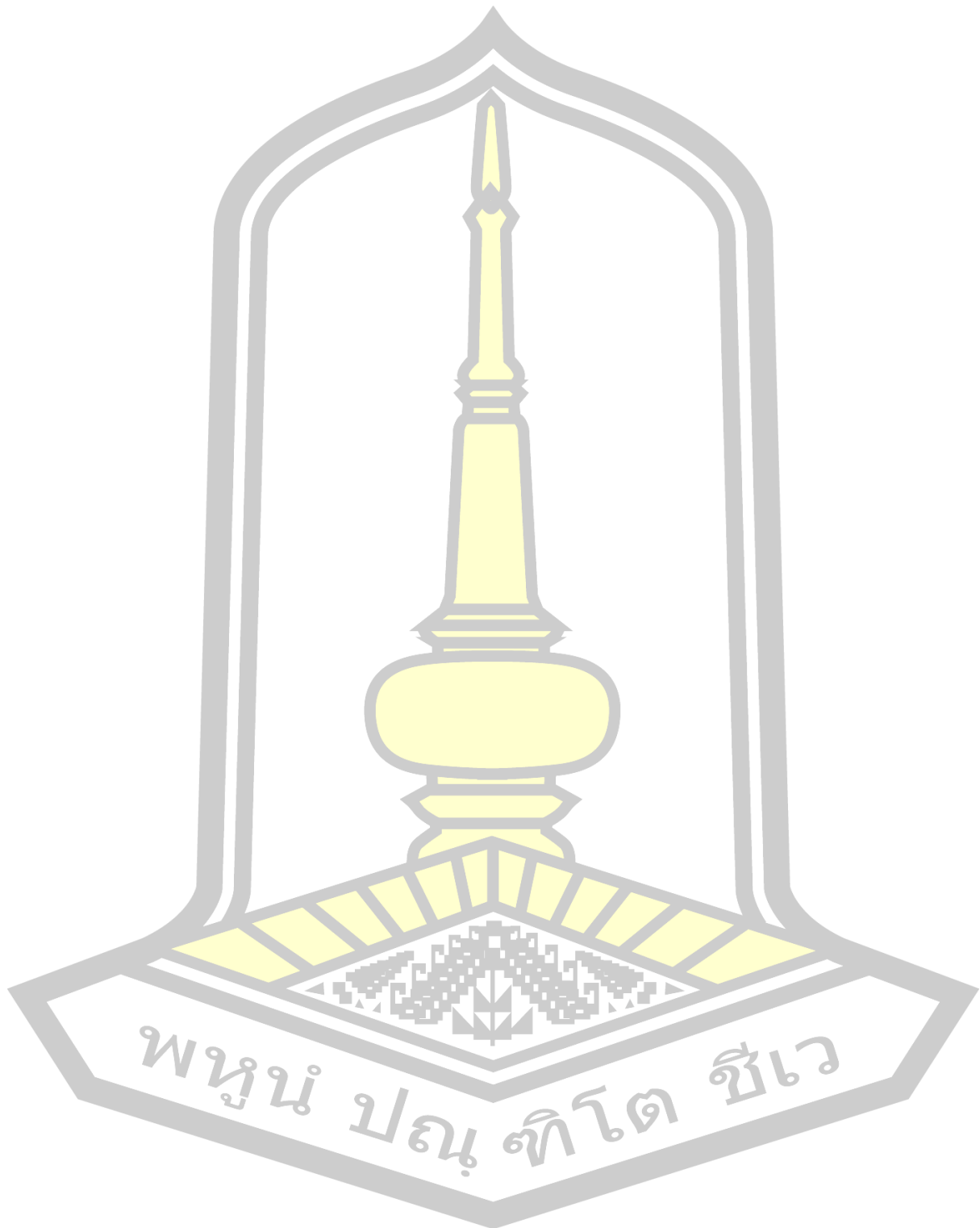
คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าประสบความสำเร็จตราบนานหลายปี ทุกวันนี้ สุดท้ายขอให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เกิดประโยชน์แก่ทุกท่านเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังวัยเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2.....	9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	10
2.2 อาการที่เกิดจากไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	13
2.4 กลวิธีการจัดการอาการ.....	19
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24



บทที่ 3.....	30
วิธีดำเนินการวิจัย .....	30
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	30
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	30
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	31
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	35
3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	36
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	37
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย.....	39
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
4.2 ข้อมูลข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	42
4.3 ประสิทธิภาพอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง. 47	
4.4 กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง .....	52
4.5 ผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง.....	54
4.6 การอภิปรายผล.....	56
บทที่ 5.....	65
สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	65
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	65
5.2 ข้อจำกัดของงานวิจัย .....	68
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	69
บรรณานุกรม.....	71
เอกสารอ้างอิง .....	72



## สารบัญตาราง

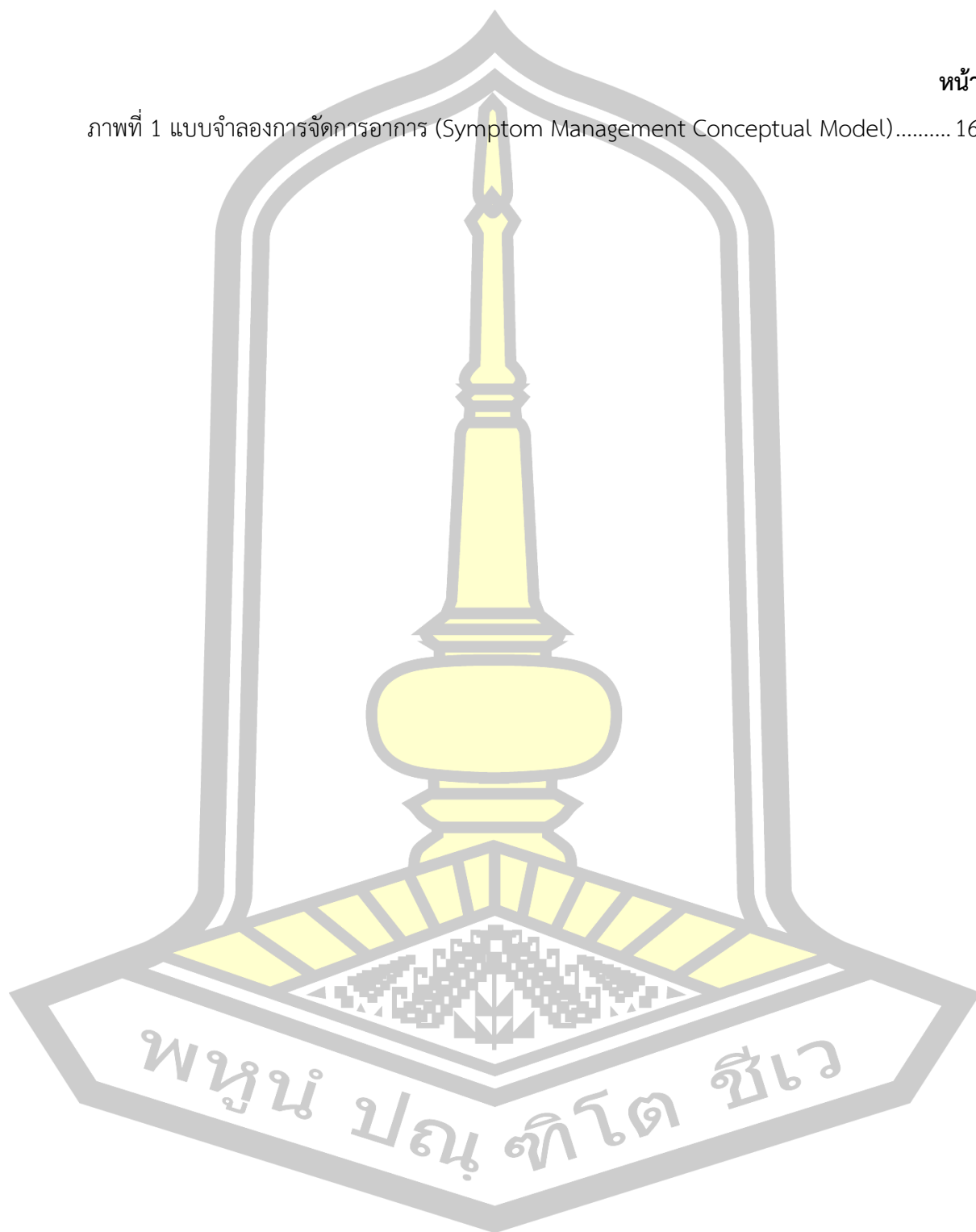
	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=89).....	40
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของภาวะสุขภาพ (n = 89).....	42
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89).....	43
ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 89).....	44
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละประสบการณ์อาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89).....	47
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่ของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89).....	48
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89).....	50
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ระดับของการรบกวนชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง (n=89).....	51
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ กลวิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89).....	52



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Conceptual Model)..... 16



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังทั่วโลกมีราว 850 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 11 -12 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ของประชากรทั่วโลก (International Society of Nephrology, 2019) ยังมีพบว่าจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตจากการที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้มีมากถึง 2.9 ล้านคน (Valerie, Marcello & John, 2018) สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 8 ล้านคน (สมาคมนิเวศวิทยาโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) ในจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) และอำเภอกมลาไสยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2562 ถึง 2564 จำนวน 365 เป็น 630 รายในปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ควรเข้ารับการบำบัดทดแทนไต หลังเข้ารับการรักษาให้ค่าปริมาตรน้ำในช่องอก 224 ราย เลือกรักษาบำบัดทดแทนไต 102 ราย เลือกรักษาแบบประคับประคองจำนวน 106 ราย จากรายงานข้างต้นบ่งชี้ว่าเป็นครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย (ระบบงานสารสนเทศโรงพยาบาลกมลาไสย, 2564) ซึ่งการที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ต้องเผชิญกับอาการของไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเป็นอาการที่คุกคามต่อการใช้ชีวิต ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับอาการเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการแสดงของอาการที่คุกคามชีวิตอย่างชัดเจนส่งผลกระทบต่อชีวิต และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Verberne, Dijkers, Kelder, Geers, Jellema, Vincent, Van & Bos, 2018)

พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากของเสียคั่งในร่างกาย ไม่สามารถรักษาสมดุลของน้ำ แลอิเล็คโตรไลต์ การรับรู้ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่บำบัดทดแทน ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกซึมเศร้า นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ค้นตามร่างกาย เบื่ออาหาร วิตกกังวล มีแผลในช่องปาก ท้องผูก ท้องเสีย ชาปลายมือปลายเท้า ขากระดูก ผิวหนังแห้ง เชื้อราที่ขาหนีบ เคลื่อนไหวไม่สะดวก วิงเวียน ปวดศีรษะ ปวดกระดูกและข้อ รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา บวมที่ใบหน้า ปัสสาวะกลางคืน หงุดหงิดง่าย ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง ไม่มีสมาธิ และตะคริว (Surachai, 2020) อาการที่พบได้บ่อย 10 อันดับแรก ได้แก่ เหนื่อยล้า ค้นผิวหนัง ผิวหนังแห้ง ท้องผูก เบื่ออาหาร ปวดตามร่างกาย กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ขากระดูก นอนไม่หลับ วิตกกังวล (Lynne & Mooney, 2010) และอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ที่เห็นได้ชัด 16 อาการ ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า 2) นอนไม่หลับ 3) ปวด/มีนชา 4) เคลื่อนไหว

ลำบาก 5) วิงเวียน 6) หายใจลำบาก 7) คลื่นไส้/อาเจียน 8) บวมตามร่างกาย 9) เบื่ออาหาร 10) ปาก/คอ แห้ง 11) ขากระตุก 12) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง 13) ท้องผูก 14) ซึมเศร้า/เครียด 15) ท้องเสีย 16) ง่วงซึม (Lookwood, Chung, Puzantian, Bronas, Ryan, Park & Devon, 2019) อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงสถานะทางสุขภาพที่เกิดภัยคุกคามต่อร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ของร่างกาย ว่าผิดปกติหรือกำลังเกิดความผิดปกติหรือไม่ (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) หากอาการไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อการใช้ชีวิต (Benz, Pressman, Hovick, & Peterson, 2000)

ประสบการณ์อาการ ที่พบได้บ่อยตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาการที่พบบ่อย คือ 1) อ่อนเพลีย 2) วิงเวียน 3) คลื่นไส้อาเจียน 4) เบื่ออาหาร และ 5) อาการ민ชา/ปวด ชาและมือ (พิษญาณัญญ์ แก้วอำไพ, 2562; อนุชา ไทยวงษ์และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2560; Lee & Jeon, 2015.; Amro & Waldum, 2014; Daniel, Juan & Antonio, 2017) มิติของความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นบ่อย คือ 1.1) อาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/เบื่ออาหาร 1.2) ปวด/มินชามือและขา/ตะคริว 2) มิติของความรุนแรง คือ 2.1) มินชาปลายมือปลายเท้า (พิษญาณัญญ์ แก้วอำไพ, 2562; อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัสวิบูลย์ธรรม, 2560) 2.2) คลื่นไส้อาเจียน/วิงเวียน (Ng, So, Wong, Hui, Ho, Choi, Cooper & Miaskowski, 2020) 2.3) นอนไม่หลับ (Linder, Novak, Bohra & Mucsi, 2019) และ 3) มิติของอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน 3.1) อาการคัน 1 เรื่อง (Mettang & Kremer, 2015) 3.2) นอนไม่หลับ 1 เรื่อง (Tu, Chou, Lin & Huang, 2019) 3.3) ปวด/มินชาปลายมือปลายเท้า (Rao, Vallath, Siddini, Jamale, Bajpai, Sancheti & Rangaswamy, 2021) การเกิดอาการจะพบได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทำให้ไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติของแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ (2001) ประกอบด้วย ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งในกลุ่มโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ศึกษาการรับรู้อาการตามแนวคิดการจัดการของดอตต์ และคณะ (2001) การศึกษาพบว่ากลุ่มเข้ารับการบำบัดไตทดแทนตามอาการที่รับรู้และเกิดขึ้นเท่านั้นไม่มีการศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดไตทดแทนในเชิงมิติต่าง ๆ

กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดไตทดแทนไต ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยการจัดการอาการต่าง ๆ สามารถจัดกลุ่มกลวิธีได้ ดังนี้ 1) การปรับพฤติกรรม ด้านการมีกิจกรรม เช่น นอนพักผ่อน นั่งพักผ่อนและออกกำลังกาย (Davey, Webel, Sehgal, Voss & Huml, 2019) ด้านการรับประทานน้ำ/อาหาร เพื่อป้องกันอาการน้ำเกิน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2557; ธนัยรัตน์ รุ่งพราย, 2560) 2) การบำบัดด้านความคิดหรือเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดนตรีบำบัด เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ (จริพรณ เจริญพร, 2550; จุไรรัตน์ ตี๋อุทนต์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารีย์ กังใจ, 2559)

และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และจินตภาพเพื่อลดอาการปวด (Roy, Weltman, Dember, Liebschutz & Jhamb, 2020) การสวมใส่เสื้อผ้าที่เป็นเส้นใยผ้าฝ้าย ระบายอากาศได้ดี และใช้โลชั่นทาผิวทันทีหลังอาบน้ำ (Swarna, Aziz, Zubair, Qadir & Khan, 2019) 3) การใช้แพทย์ทางเลือก การนวดกดจุดบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า เพื่อลดอาการขากระตุก (Rao, Vallath, Siddini, Jamale, Bajpai, Sancheti & Rangaswamy, 2021) และ 4) การฟังเพลงผ่อนคลาย เมื่อเกิดอาการนั้นจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือไปรักษาที่สถานบริการ กลวิธีต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนของรูปแบบของการดูแลแบบประคับประคองนั้น ยังเป็นลักษณะของการดูแลแบบองค์รวม ให้ตามการดูแลตามลักษณะอาการที่ปรากฏ กลวิธีในการจัดการอาการกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาอาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ไม่มีข้อมูลที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต สนใจที่จะศึกษากลุ่มอาการ เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มุ่งหวังให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค ตามการรับรู้เกี่ยวกับอาการรู้สึกดีขึ้น (Mahato, Apidechkul, Sriwongspan, Hada, Sharma, Nayak, & Mahato 2020)

จากข้างต้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งการศึกษาอาการในผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองยังมีข้อจำกัดในการศึกษาที่ครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งนี้ จากแนวคิดการจัดการของดอตและคณะ (2001) ประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ ได้แก่ มิติความถี่ของอาการ มิติความรุนแรงของอาการ และการรบกวนชีวิตประจำวัน จึงจะทำให้สามารถหาวิธีการจัดการอาการ ด้วยข้อจำกัดของการรักษาและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทำให้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายบางรายจะต้องเลือกการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงโรคร่วมและสถานะการเจ็บป่วย ดังนั้นการเลือกการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นอีกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางการรักษาแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตอาการที่เกิดขึ้นจะยังคงอยู่ การจัดการอาการนั้นเป็นกระบวนการที่สำคัญ หากเกิดอาการขึ้นแล้วหากยังไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจะยังส่งผลให้อาการนั้นเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น และส่งผลให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมาได้

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 14 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกมลลาไสย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายเกิดอาการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดขึ้นทุกราย ซึ่งอาการที่พบบ่อย 16 อาการ ใน 3 มิติ คือ อาการเหนื่อยล้า(ร้อยละ 78) ปวดเมื่อยขาปลายมือ/ปลายขา(ร้อยละ 70) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 64) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 50) อาการท้องผูก (ร้อยละ 50) อาการคัน (ร้อยละ 42) วิดกกังวล (ร้อยละ 4) แบ่งแยกเป็นกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการขาดพลังงานและการเคลื่อนไหว รองลงมาคือกลุ่มอาการทางระบบประสาท



สำหรับวิธีการจัดการอาการต่าง ผู้ป่วยใช้วิธีต่าง ๆ แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ 1. ด้านพฤติกรรม 1.1) การนอนหลับพักผ่อน และการเดินออกกำลังกายแบบไม่ใช้แรงมากที่บ้าน เพื่อลดอาการเหนื่อยล้า 1.2) การใช้โลชั่น แบบมีส่วนผสมของน้ำมัน ทาบริเวณผิวหลังอาบน้ำ เพื่อรักษาความชุ่มชื้น ลดอาการคัน 1.3) การใช้วิธีกินข้าวมือเดียว และจิบน้ำบ่อยๆ แทนการกินข้าววันละ 3 มื้อเพื่อลดอาการเบื่ออาหาร 1.4) การไม่รับประทานอาหาร เลือกรับแต่น้ำบ่อย ๆ เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน 1.5) การจำกัดน้ำดื่มวันละ 700 – 600 มิลลิลิตร เมื่อตนเองมีอาการบวมตึงที่แขนขา เพื่อลดอาการหายใจลำบาก 2. ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การใช้วิธีการนวดกดจุดบริเวณฝ่าเท้า และการใช้ผ้าพันขา เพื่อลดอาการปวดมีนชาบริเวณปลายมือปลายเท้า 3. ด้านการบำบัดความคิด ได้แก่การเปิดฟังวิทยุหรือบทสวดมนต์ และการพูดคุยอธิบายความรู้สึกกับคนภายในครอบครัว เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ส่วนผลของการจัดการอาการต่าง ๆ นั้นจากการสอบถามพบว่าเป็นผลมาจากการรับรู้หลังการใช้การจัดการ เป็นการประเมินความรู้สึกที่บอกได้หลังจากปฏิบัติแล้วดีขึ้น แต่การที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญอาการนั้นยังอยู่และอาการยังไม่ได้ได้รับการจัดการที่เหมาะสม

จากการศึกษานำร่องข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้นยังมีความสามารถในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการยังมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของกลวิธีการจัดการการที่ถูกต้องเห็นได้ว่าจะมีผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการจัดการอาการหรือพฤติกรรมการจัดการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการจัดการอาการได้เหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้อาการเหล่านั้นได้รับการจัดการลดภาวะความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นในมิติต่าง ๆ การใช้กลวิธีที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการ และอาการที่ผู้ป่วยเผชิญ เพื่อส่งเสริมให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยคาดหวังผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ส่งเสริมป้องกัน และสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมในมิติต่าง ๆ

## 1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างไร

1.2.2 กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างไร

1.2.3 ผลของการจัดการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างไร



### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

1.3.2 เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

1.3.3 เพื่อศึกษาผลของการจัดการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

### 1.4 กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์หลัก คือ

1.4.1 ด้านประสบการณ์อาการ (symptom experiences) ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น มิติความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประสบการณ์อาการ

1.4.2 ด้านกลวิธีการจัดการ (symptom management) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการมีทั้งรูปแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา ทั้งที่ได้จากคำแนะนำของทีมสุขภาพ หรือบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองพฤติกรรมจัดการอาการที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดจากการจัดการด้วยตนเอง

1.4.3 ด้านผลของการจัดการ (management of outcomes) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากแนวคิดของการจัดการอาการ จะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการ ประเมินได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากกรอบแนวคิดของ ดอดด์ และคณะ (2001) สรุปว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการต่างๆจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการต่าง ๆ เพื่อปรากฏผลลัพธ์ที่รู้สึกดีขึ้นจากความทุกข์ทรมานของอาการ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีการรับรู้และวิธีการแก้ไขที่เฉพาะและแตกต่างกันออกไป มีการประเมินความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการรวมทั้งประเมินเพื่อการเลือกวิธีการจัดการกับอาการเพื่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่ดีขึ้น จากการรับรู้และการจัดการอาการที่แตกต่างของผู้ป่วย หากบุคคลากรทางสุขภาพมีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วยที่สอดคล้องตรงความต้องการของผู้ป่วย การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพสูงส่งเสริมการมีชีวิตที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการในผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง การเผชิญกับอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของไตสูญเสียการทำหน้าที่ โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้น จากการเปลี่ยนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้แต่ละอาการได้หลายมิติ ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการที่เกิดขึ้นในมิติด้านความถี่ ด้านความรุนแรงของอาการรวมทั้งความสามารถในการประเมินการตอบสนองต่ออาการที่ส่งผลต่อการรบกวนชีวิตประจำวัน จากนั้นจะเกิดการใช้กลวิธีจัดการอาการ เพื่อป้องกัน บรรเทา แก้ไข หรือควบคุมอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถอยู่กับอาการที่คุกคามได้ วิธีการจัดการจะเกิดความหลากหลายของแต่ละบุคคล อาจจะอาศัยความสามารถของตนเอง หรือแหล่งประโยชน์อื่น ได้แก่ ครอบครัว และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหากสามารถจัดการอาการได้เหมาะสม บุคคลนั้นจะผลลัพธ์ของการจัดการอาการทุเลาลง หรือหายไป ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติโดยไม่ได้รับผลกระทบหรือภาวะคุกคามจากอาการที่เกิดขึ้น แต่หากอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของอาการมากขึ้น ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เกิดภาวะคุกคามที่รุนแรงขึ้น

### 1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการ ผลของการจัดการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลกมลลาไสย อำเภอกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

### 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

#### 1.6.1 ประสบการณ์อาการ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการเกิดอาการที่ตนต้องเผชิญอยู่ใน 3 มิติดังนี้ 1) การรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การเกิดอาการนั้นทำให้บุคคลสังเกตการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ๆ ที่เคยรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง หรือผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) หมายถึง การตัดสินใจถึงความถี่หรือความบ่อย และความรุนแรงของอาการ เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้านต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดำเนินของโรค และผลของอาการแสดง 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) หมายถึง การตอบสนองต่ออาการของบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา จิตวิทยา สังคม วัฒนธรรม และ พฤติกรรมที่แสดงออก (Dodd et al., 2001)

คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถประเมินอาการได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ 16 อาการ ใน ประเมินใน 3 มิติ คือ 1) ความถี่ 2) ความรุนแรง และ 3) การรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรม

#### 1.6.2 กลวิธีการจัดการอาการ

คำนิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากการ ดำเนินของโรค โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทา หรือขจัดความไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้น (Dodd et al., 2001)

คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การจัดการอาการที่เกิดขึ้นของกลุ่ม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการจัดการอาการจะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาอาการหรือ ซึ่งได้จากแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรม

#### 1.6.3 ผลของการจัดการอาการ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการจัดการอาการ ที่เกิดขึ้นมีการบรรเทาลดลง คงเดิมหรือแย่ลง ขจัดความไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดขึ้น (Dodd et al., 2001)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ถึงประสิทธิผลของวิธีการจัดการ อาการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ผลของการจัดการอาการที่เกิดขึ้นนั้นให้ตอบเป็น ดีขึ้น คงเดิมหรือ แย่ลง

#### 1.6.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แพทย์พิจารณาว่าควรได้รับการบำบัดไตทดแทนหรือ ที่มีอัตราการกรองของไต ต่ำกว่า 15 มล./นาทึ/1.73 ตร.ม. (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รหัสโรค N185 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วย เฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อจะช่วยในการจัดการอาการ บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

1.7.2 ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอน และสร้างความเข้าใจ เกี่ยวข้องของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

1.7.3 ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ความสามารถการจัดการอาการที่สามารถนำไปพัฒนาและศึกษาเพิ่มเติมได้



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษา ประสพการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

#### 2.1 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.1.1 ความหมายโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.1.2 สาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรัง

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของไตระยะสุดท้าย

2.1.4. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.2.1 การบำบัดทดแทนไต

2.2.2 การรักษาแบบประคับประคอง

#### 2.2 อาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### 2.3 ทฤษฎีการจัดการอาการ

#### 2.4 วิธีการจัดการอาการ

2.2.1 แบบใช้ยา

2.2.2 แบบไม่ใช้ยา

#### 2.5 ผลของการจัดการอาการ

#### 2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

#### 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

## 2.1 โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

### 2.1.1 ความหมาย และสาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ภาวะการล้มเหลวและ เสียหน้าที่ของไตอย่างถาวรเป็นผลมาจากการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดการทำลายไตอย่างช้า ๆ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคที่มีการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 10 อัตราการกรองของเสียออกจากไตลดลงจนอยู่ในระดับวิกฤต ทำให้มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายและเกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ ซึ่งมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ลักษณะเด่นของภาวะไตระยะสุดท้ายประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ (Mayer & Hostetter; 2007 Abboud & Henrich, 2010)

- 1) มีอัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate [GFR]) ลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม. (ค่าปกติ 120 มล./นาที่/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตร.ม.)
- 2) ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะของเสียจำพวกยูเรียคั่งในร่างกาย (uremic syndrome)
- 3) จำเป็นต้องรับการรักษาเพื่อทดแทนการทำหน้าที่ของไต (renal replacement therapy)

### 2.1.2 สาเหตุการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตระยะสุดท้ายเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและเป็นผลมาจากหลายสาเหตุซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเกิดจากกระบวนการที่หน่วยไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง เป็นลักษณะการดำเนินโรคจากภาวะไตวายเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค สาเหตุของการเกิดโรคไตระยะสุดท้าย ได้แก่ (Abboud & Henrich, 2010)

- 1) ภาวะที่หลอดเลือดภายในไตได้รับการบาดเจ็บ (vascular injury) ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดอักเสบ (vasculitis) ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง (malignant hypertension) เยื่อหุ้มหลอดเลือดชั้นนอกอักเสบ (periarthritis nodosa progressive systemic sclerosis)
- 2) การได้รับบาดเจ็บของโกลเมอรูล่า (glomerular injury) ได้แก่โรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune diseases) โรคเบาหวาน (diabetic nephropathy) อะไมลอยโดสิส (amyloidosis) การติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจ (infective endocarditis [IE])
- 3) ภาวะผิดปกติที่มีผลต่อการทำลายท่อไต (tubule-interstitial disease) ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดสูง (hypercalcemia) มะเร็งเม็ดเลือดขาว (myeloma) ภาวะที่ท่อเก็บน้ำปัสสาวะในไตบวม (medullary sponge kidney) ภาวะที่มีหินปูนในเนื้อไต (nephrocalcinosis) มีการสะสมของผลึกยูเรทไนต์เรื้อรัง (urate nephropathy) ภาวะซีสทินในปัสสาวะสูง(cystinosis) ออกซาโลสิส (oxalosis)



4) การได้รับบาดเจ็บหรือการอุดตันที่ไต (post-renal injury) เช่น การเกิดนิ่วในไต (renal stone) ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับ (vesicoureteral reflux) วัณโรคที่มีผลให้ท่อปัสสาวะอักเสบ (tuberculosis urethritis) การเกิดนิ่วเขากวางในไต (staghorn stone)

5) การได้รับยาหรือสารพิษที่ทำลายไต (nephrotoxin-induced disorder) ได้แก่ ยาแก้ปวด (analgesic nephropathy) หรือการได้รับรังสี (chronic radiation-induced nephritis) เป็นต้น (The Thai Renal Replacement Therapy Committee, 2012)

### 2.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางที่เกิดไตขัดข้องของเสียลดลง

หน้าที่หลักของไตนั้น ได้แก่ การกำจัดของเสียที่เกิดจากกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย ออกทางปัสสาวะ ขับน้ำ โซเดียม โพแทสเซียมส่วนเกิน ขับโปรตอนที่ได้จากการรับประทานอาหาร หรือจากการสลายสารอินทรีย์ต่างๆ ในร่างกายไตสร้างฮอร์โมนแคลซิไตรออล (calcitriol) ควบคุมการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (rennin-angiotensin system) ระบบฮอร์โมนโพสตาแกรมดิน (prostaglandin) และฮอร์โมนอีริโทรพอยติน (erythropoietin) เมื่อเกิดภาวะไตระยะสุดท้ายขึ้น ย่อมส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แทบทุกระบบผลที่ตามมาคือการคั่งของของเสียซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย (Podkowska & Formanowicz, 2020) เมื่อใดก็ตามที่อัตราการกรองที่ไตลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 มิลลิิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (จากปกติ 120 มิลลิิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร) จะทำให้เกิดการสะสมของของเสียซึ่งเป็นผลผลิตจากกระบวนการเผาผลาญของโปรตีนและกรดอะมิโนชนิดต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยไตในการทำหน้าที่ช่วยกรองและขับออกทางปัสสาวะ ของเสียเหล่านี้ได้แก่ สารประกอบจำพวกไนโตรเจนโดยพบยูเรียเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของปริมาณไนโตรเจนที่ขับออกทางปัสสาวะทั้งหมดซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย (Drüeke & Massy, 2022) สารพิษที่ร่างกายไม่สามารถขับออกได้ เป็นของเสียที่คั่งในภาวะไตสูญเสียหน้าที่และก่อให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของร่างกายสภาวะที่มีของเสียคั่งนี้ เรียกว่า ยูรีเมีย (uremia) ซึ่งมาจากภาษากรีกมีความหมายว่าการที่มียูเรียอยู่ในกระแสเลือดซึ่งเป็นสารพิษมีคุณสมบัติเป็นตัวถูกละลาย (solute) และมีน้ำเป็นตัวทำละลาย (solvent) สามารถแบ่งชนิดของสารพิษออกเป็นเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ โดยใช้ขนาดของโมเลกุลเป็นเกณฑ์ได้ดังนี้ สารพิษโมเลกุลขนาดเล็ก (small solute uremic toxin) สารพิษโมเลกุลขนาดกลาง (middle molecule uremic toxin) และสารพิษที่จับกับโปรตีน (protein bound uremic toxin) (Rosner, Reis, Husain-Syed, Vanholder, Hutchison & Stenvinkel, 2021) ซึ่งสารพิษเหล่านี้ไปรบกวนการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้สูญเสียการควบคุม สมดุลสารน้ำ อิเล็กโทรลล์ รวมทั้งฮอร์โมน ทำให้อวัยวะในร่างกายทำงานผิดปกติ อาการแสดงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจึงแสดงออกมาหลากหลายอาการ (Podkowska & Formanowicz, 2020)

## 2.1.4 การจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

สามารถแบ่งตามการจัดการได้ดังนี้

### 2.1.4.1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### 1) การรักษาบำบัดทดแทนไต ในปัจจุบันพบได้ 3 วิธี ดังนี้

- การขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องชนิดถาวรด้วยวิธีการล้างช่องท้อง ด้วยน้ำยาแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]) เป็นวิธีการขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องซึ่งเป็นที่นิยมกันมากในปัจจุบันเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงมาก มีประสิทธิภาพดีไม่ต้องใช้ เครื่องมือยุ่งยากผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้านและสามารถไปทำงานได้ปกติเป็นวิธีที่มีหลักการ คล้ายวิธีการล้างไตทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรแบบไซคลิ่งแต่ต่างกันที่ไม่ต้องใช้เครื่องอัตโนมัติเพื่อใส่น้ำยาเข้าและน้ำยาออกผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านในเวลากลางวันทุกวันวันละ 3-5 รอบ โดยทั่วไปมักทำ 4 รอบ ปรับเวลาให้เหมาะสมกับการ ทำงานสำหรับรอบสุดท้ายนั้นจะคั่งน้ำยาไว้ในช่องท้องตลอดทั้งคืนและจะปล่อยออกในเช้าวันรุ่งขึ้นพร้อมทั้งเริ่มรอบใหม่ของวันนั้น (Chan Ching Kit et al, 2010)

- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นขบวนการนเลือดออกจากร่างกายให้มาแลกเปลี่ยนกับน้ำและสารต่างๆ (dialyzer) นอก ร่างกายโดยสารต่างๆที่คั่งอยู่ในเลือดซึ่งได้แก่สารพิษหรือของเสียในผู้ป่วยไตวายจะลดลงภายหลัง ไตเทียมสามารถทดแทนการทำงานของไตในการขับของเสียที่ละลายน้ำเพียงบางส่วนเท่านั้นโดยสามารถขจัดสารที่มีความเข้มข้นสูงโดยวิธีการแพร่และการกรองอย่างง่าย ๆ ไม่มีการดูดกลับและไม่สามารถปรับสมดุลของปริมาณสารได้อย่างอัตโนมัติอาจจำแนกหน้าที่ในการขจัดของเสียโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ 2 ประการคือการขจัดของเสีย (uremic toxin) และการขจัดน้ำซึ่งจะเกิดขึ้นพร้อมๆ (เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลา และณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, 2553) เกิดผลกระทบจากการเข้ารับการฟอกไตนั้นเกิดขึ้นหลากหลายอาการ เช่น อาการชากระดูก อาการมีชาปลายมือปลายเท้า ภาวะซีด รวมไปถึงความลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันในร่างกายมีข้อจำกัดจากการมีสายฟอกไต หรือข้อจำกัดทางสรีรวิทยา (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

- การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) หมายถึง การผ่าตัดนำเอาไตที่ปกติหนึ่งข้างมาผ่าตัดใส่ให้กับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายโดยที่ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดไตเก่าของผู้ป่วยออกยกเว้นในกรณีเช่นไตเก่าติดเชื้อเป็นต้นเพราะอาจเป็น แหล่งแพร่เชื้อโรคหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้จึงจำเป็นต้องผ่าตัดออกและโดยมากจะทำก่อน หน้าที่จะปลูกถ่ายไต เป็นวิธีที่นิยมและแพร่หลายมากเนื่องจากทำให้สุขภาพผู้ป่วยแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติแต่ผู้รับ



ไตต้อง รับประทานยากดภูมิต้านทานตลอดชีวิตเพื่อป้องกันภาวะสลดไตภายหลังผ่าตัดเนื่องจากไต ของ แต่ละคนจะมีเนื้อเยื่อที่ต่างกันไตที่ได้รับจากการปลูกถ่ายร่างกายผู้รับจะถือว่าเป็นเนื้อเยื่อที่ แผลกปลอมเข้ามาในร่างกายซึ่งร่างกายของผู้รับจะสร้างภูมิต้านทานหลายชนิดไปกำจัดทำให้ เนื้อเยื่อใหม่นั้นถูกทำลายด้วยภูมิต้านทานเรียกว่าการสลด (rejection) นอกจากนี้ผลของการ รับประทานยากดภูมิต้านทานยังทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆได้ง่าย และโอกาสที่ร่างกายของ ผู้รับจะปฏิเสธไตที่ได้รับการปลูกถ่ายมา (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

#### 2.1.4.2 แนวทางการจัดการไตระยะสุดท้าย

แบบการรักษาแบบประคับประคอง แนวทางการดูแลในปัจจุบันประเทศไทย ได้มีการให้ คำแนะนำการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ กระบวนการ รักษาที่มีจุดประสงค์เพื่อลดอาการแรกซ้อน อาการไม่สุขสบาย การรักษาเน้นไปที่การแก้ไขอาการ ผิดปกติที่ปรากฏ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับ อาการที่ กระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้เข้าใจข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นใน การช่วยเหลือบรรเทาอาการ เข้าใจในการเผชิญอาการ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพ การให้ คำปรึกษาในด้านต่าง รวมถึงการร่วมเผชิญปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากโรค สามารถที่จะวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า (Flythe et al., 2021) และการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยไต เรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดประสงค์เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลที่เกิดจาก อาการ นำไปสู่การแก้ไขปัญหา การหาวิธีป้องกัน การประเมินอาการ (Rao et al., 2021)

สรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเรื่องของการจัดการอาการที่เกิดขึ้นให้ เข้าใจการเผชิญการดำเนินของโรค เน้นไปที่การศึกษาการ รับรู้และวิธีการจัดการที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไข เพื่อให้เข้าใจครอบคลุมทุกมิติ จึงศึกษาของทฤษฎีการ จัดการอาการมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## 2.2 อาการที่เกิดจากไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

อาการที่เกิดจากไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นระยะที่เริ่มมีอาการแสดงที่หลากหลายและชัดเจน เป็นผลมาจากการสูญเสียการทำงานของไตอย่างถาวร ทำให้ร่างกายมีการสะสมของเสียในร่างกาย ก่อเกิดเป็นสารพิษที่ทำให้เป็นความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต และรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (Massy, Chesnaye, Larabi, Dekker, Evans & Caskey, 2022) จากพยาธิสภาพของไตสูญเสียการทำงาน อาการที่เกิดขึ้นมีหลากหลายอาการ พบว่ามีงานวิจัยที่อธิบายอาการไว้ 26 อาการ 17 อาการ (Moore et al., 2022) และ 28 อาการ (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2560) ในปัจจุบันมีการศึกษาหา

ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการโดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ นำมาจัดเป็นกลุ่มได้ 7 กลุ่มอาการ (Lookwood, Chung, Puzantian, Bronas, Ryan & Park, 2019) ดังนี้

2.2.1 กลุ่มอาการอ่อนเพลีย/พลังงาน/การพักผ่อน ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายจะมีภาวะโลหิตจางจากการขาดฮอร์โมนอีริโทรพอยติน (erythropoietin) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเสมอในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ภาวะเลือด จางจะยากยิ่งมากขึ้นเมื่อภาวะไตวายเสียหายที่มากขึ้น โดยในภาวะโลหิตจางนี้เม็ดเลือดแดงจะมีขนาด (normocytic) และการติดสีปกติ (normochromic) ในภาวะยูรีเมียมีสารที่ขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดงโดยรบกวนการสร้างอีริโทรพอยติน การสังเคราะห์โปรตีนฮีม (heme) ในไขกระดูก และการตอบสนองของไขกระดูกต่ออีริโทรพอยติน ทำให้ขาดตัวกระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นทดแทนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการลดการสร้างเกล็ดเลือดในร่างกาย เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เมื่อระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานได้ไม่ปกติ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดอาการที่พบได้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า รู้สึกไม่กระฉับกระเฉง รู้สึกไร้เรี่ยวแรง (Davey et al., 2019)

2.2.2 กลุ่มอาการทางระบบประสาท จากการสะสมสารพิษของยูรีเมีย (uremia toxin) และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์แบ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางระบบประสาทส่วนปลาย จะมีการกดการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง และมีการเสื่อมหน้าที่ของเส้นประสาททั้งในการ รับความรู้สึกและการสั่งการ โดยความเร็วของการรับสัญญาณประสาทช้าลงจากปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy) ทำให้เกิดอาการความรู้สึกปวด แสบร้อน ปลายมือปลายเท้า อาการมึนชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขากระตุก เป็นตะคริวที่ขาปวดข้อต่างๆ (Raouf, Bettinge, Wegrzyn, Mathew & Fudin, 2020)

2.2.3 กลุ่มอาการของเสียคั่ง ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่มีภาวะยูรีเมียนั้นจะมีความผิดปกติสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ภายในร่างกายเนื่องมาจากการทำงานของไตที่ลดลงโดยพบว่าร่างกายไม่สามารถขับสารน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10-15 มล./นาทีหรือมีปัสสาวะน้อยกว่าวันละ 500 มิลลิลิตร ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำคั่งในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (water retention) ความสามารถในการขับน้ำนี้จะหายไปเมื่ออัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาทีหรือ มีค่าซีรั่มครีเอตินิน ประมาณ 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหากผู้ป่วยได้รับน้ำในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ส่งผลให้มีการสะสมของโซเดียมในร่างกายมากขึ้น (hypermnatremia) ทำให้เกิดอาการบวม ความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของเนื้อเยื่อชั้นซีโรซอล (serosal membrane) เพิ่มขึ้นเกิดการบวมน้ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีน้ำคั่งในช่องปอด (plural effusion) น้ำคั่งในช่องท้อง (ascites) น้ำคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) มีน้ำคั่งในเนื้อเยื่อของร่างกายมากขึ้น พบกลุ่มอาการของ

เสียดังได้แก่ อาการหายใจลำบาก บวมตึงแขนและขา/ใบหน้า เหนื่อยง่าย ง่วงซึม (Podkowska & Formanowicz, 2020)

2.2.4 กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร จากของเสียที่คั่งในร่างกายส่งผลต่อกรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acid) ในพลาสมาลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ขาดโปรตีน-แคลอรี (Protein-calories malnutrition) เกิดภาวะเสียสมดุลโปรตีนเป็นลบ (negative protein balance) มากขึ้นภาวะยูรีเมียยังทำให้มีการเกิดแผลในเยื่อบุต่าง ๆ และยังส่งผลต่อแบคทีเรียในทางเดินอาหารเปลี่ยนยูเรียให้กลายเป็นแอมโมเนีย เกิดกระกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ มีผลต่อต่อน้ำลายทำให้การรับรสเสียลิ้นมีรสฝืด อากาที่พบ ได้แก่ เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ขาดความสามารถในการรับรส (Garlapati, Gajjar, Then & Gayam, 2021)

2.2.5 กลุ่มอาการทางผิวหนังผู้ป่วยที่มีภาวะยูรีเมียจะมี ลักษณะเฉพาะของผิวหนังคือผิวหนังสีซีดซึ่งเกิดจากภาวะโลหิตจางและผิวหนังสีเข้มจากมีการคั่งของสารยูโรโครม ซึ่งปกติจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต มีอาการคันทาง ผิวหนัง (pruritus) จากเกลือยูเรีย (uremic frost) และแคลเซียมฟอสเฟตคั่งจำนวนต่อมเหงื่อและต่อม น้ำมันลดลงทำให้ไม่มีการขับเหงื่อการขาดน้ำทำให้ผิวหนังแห้ง อากาที่พบได้แก่ อาการคัน ผิวหนังแห้ง (Swarna, Aziz, Zubair, Qadir & Khan, 2019)

2.2.6 กลุ่มอาการทางระบบสืบพันธุ์ จากระดับของยูเรียที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมน ทำให้เพศชายพบการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน และน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง อากาที่พบคือ ขาดความสนใจทางเพศสืบพันธุ์ (Nair, Bonnet, Wild, Umeukeje, Fissell & Faulkner, 2021)

2.2.7 กลุ่มอาการทางจิตใจ และอารมณ์ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ หรือภาวะเครียด พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต รู้สึกไร้อำนาจจากการควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทหน้าที่ สูญเสียภาพลักษณ์ อาชีพการงาน วิถีชีวิต ที่เปลี่ยนไป และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางการงานและความสัมพันธ์ในสังคมได้ ส่งผลให้เกิดอาการจากจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ (Nair, Bonnet, Wild, Umeukeje, Fissell & Faulkner, 2021)

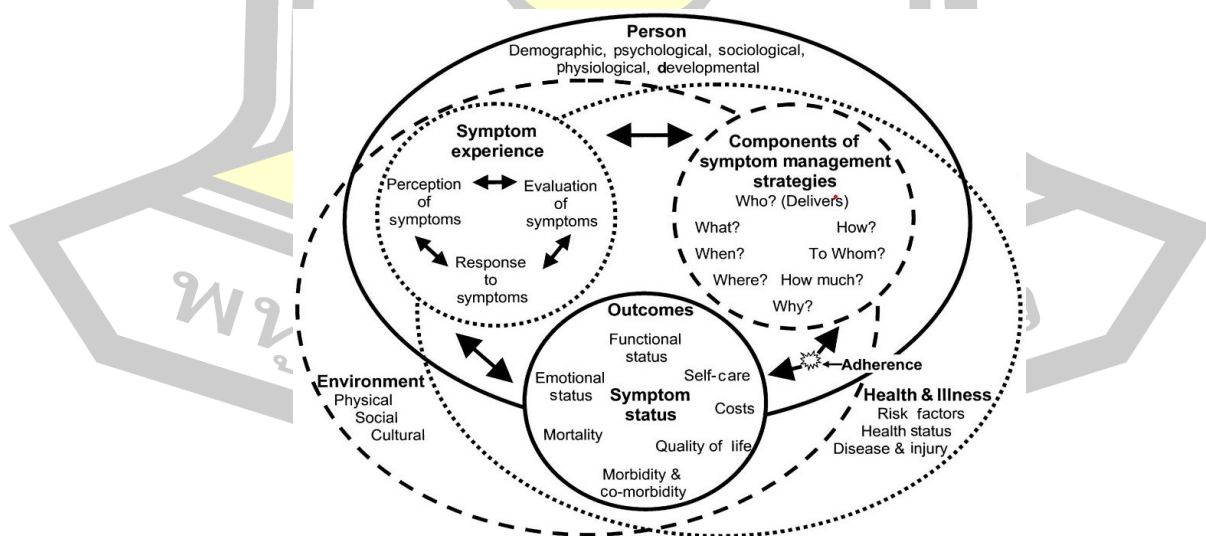
### 2.3 ทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Symptom management model)

แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงมากนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ โดยอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์

ทรมานเท่านั้น แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุตามแนวคิดทางการแพทย์นั้น ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มีดังนี้

1. การรับรู้อาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวเอง
2. อาการอาจจะยังไม่เกิด แต่บุคคลอาจจะมีการรับรู้ของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และได้้นำแนวคิดการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้ได้
3. บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ อาจป้องกันการเกิดหรือไม่ให้เกิดอาการเพิ่มขึ้น เช่น งานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการอาการจะเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีประสบการณ์อาการ
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ อาจมีประสบการณ์อาการ และรายงานอาการหรือแปลความโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้
5. การจัดการอาการมีเป้าหมายที่บุคคล ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
6. การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของแต่ละบุคคล โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านการพยาบาลของบุคคล ภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองการจัดการอาการนี้ได้ตระหนักถึง 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล 2) องค์ประกอบด้านภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วย และ 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอิทธิพลต่อโมทัศน์ของแบบจำลองการจัดการอาการทั้ง 3 มีโมทัศน์ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ 3) ผลลัพธ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Conceptual Model)

ที่มา : Dodd et al. (2001)

### 2.3.1 องค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ

2.3.1.1 องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ ลักษณะบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.3.1.2 องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.3.1.3 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล 2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า และการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะพิเศษ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

### 2.3.2 มโนทัศน์หลักของแบบจำลองการจัดการอาการ

1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล และลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จะมีการประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้ และประเมินอาการจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2) กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการ หรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (How) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจขึ้นอยู่กับ



ระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (management of outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ และประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และวิธีการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ได้แก่ ภาวะของอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self-care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วย และโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (mortality) และ ภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ามีอาการที่เกิดขึ้นหลายหลายอาการ มีความแตกต่างของแต่ละมิติ ยังพบว่าความแตกต่างกันไป

การศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง นั้นยังพบน้อยมาก ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มที่บำบัดไตทดแทน ซึ่งเผชิญภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน สาเหตุของอาการของผู้ป่วยที่บำบัดไตทดแทนจึงมีการรับรู้อาการที่แตกต่างกัน และมีการประเมินอาการที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาของกลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุมในมิติต่าง ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยได้นำแนวคิดการจัดการอาการ ประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การจัดการอาการ (symptom management) และผลของการจัดการอาการ (Outcomes of management) มาอธิบายอาการที่เกิดขึ้นตามที่ปรากฏของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านความถี่ ด้านความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวัน เพื่ออธิบายความแตกต่างของลักษณะอาการที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ในมิติต่าง ๆ เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสบการณ์อาการที่ได้ศึกษา ตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เมื่อมีอาการเกิดขึ้นผู้ป่วยจะทราบถึงภาวะคุกคาม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ต่อไป ผู้ป่วยจะมีการใช้การจัดการอาการ ซึ่งการจัดการอาการจะพบว่ามีความแตกต่างของแต่ละบุคคลตามลักษณะของอาการ ผลของการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจะสามารถบอกถึงประสิทธิผลของการจัดการที่ใช้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยมีความหลากหลายทางด้านประสบการณ์ และกลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูล และแนวทางการวางแผนการให้การพยาบาล รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม และยังมีส่วนช่วยในการให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สามารถนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการให้คำแนะนำและการดูแลทางการพยาบาลต่อไป

## 2.4 กลวิธีการจัดการอาการ

ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ต้องเผชิญกับอาการที่เกิดขึ้นจากการของเสียคั่ง ส่งผลกระทบต่อหลายหลายระบบ เกิดภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ทำให้ร่างกายเกิดอาการที่หลากหลายอาการ (Podkowska & Formanowicz, 2020) จึงทำให้การจัดการอาการต่าง ๆ มีความหลากหลาย จึงได้จัดรวบรวมการจัดการอาการ ตามลักษณะของการรักษา ในรูปแบบที่ใช่ยา และไม่ใช้ยา ได้ดังนี้

2.4.1 แบบใช้ยา จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ยาที่ใช้ในการจัดการส่วนใหญ่เป็นยาที่ให้ตามลักษณะการที่ปรากฏ การให้ยา Temazepam 15 mg oral at bed time เพื่อใช้จัดการอาการนอนไม่หลับ ยา Naltrexone 50 mg oral per day เพื่อลดอาการคัน ยา Metoclopramide 5 mg twice per day ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยา Sertraline 50 mg orally per day เพื่อลดอาการอ่อนเพลีย ยา Dronabinol 2.5 mg orally before meals เพื่อลดอาการเบื่ออาหาร/ทานอาหารไม่ได้ (O'Connor & Corcoran, 2012)

2.4.2 แบบไม่ใช้ยา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เลือกบำบัดไตทดแทน ยังไม่สามารถใช้เป็นอ้างอิงได้ทั้งหมด แต่ยังมีบางส่วนที่สามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองได้ ดังนี้

### 1) กลุ่มการปรับพฤติกรรม

1.1) นอนพักผ่อน นิ่งพักผ่อนและออกกำลังกาย การสวมใส่เสื้อผ้าที่เป็นเส้นใยผ้าฝ้าย ระบายอากาศได้ดี และใช้โลชั่นทาผิวทันทีหลังอาบน้ำ (Swarna, Aziz, Zubair, Qadir & Khan, 2019)

1.2) ด้านอาหารและน้ำดื่ม การส่งเสริมการเคี้ยวให้มากขึ้น การรับประทานอาการที่มีกากใย และอาหารที่มีส่วนผสมของจุลินทรีย์บางชนิด เพื่อลดอาการท้องผูก และท้องอืด (Ike et al., 2020) การส่งเสริมการอยากอาหารด้วย การลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากของเสียคั่งด้วยการให้จิบน้ำบ่อย ลดอาการเยื่อภายในช่องปากแห้ง (O'Connor & Corcoran, 2012)

2) การจัดการโดยใช้แพทย์ทางเลือก การนวดกดจุดบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด เพื่อลดอาการขากระตุก (Rao, Vallath, Siddini, Jamale, Bajpai & Sancheti, 2021) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และจินตภาพเพื่อลดอาการปวด (Roy, Weltman, Dember, Liebschutz & Jhamb, 2020) การใช้ UV-B ในการรักษาอาการคันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย (Westby, Purdy & Tennankore, 2020) นวดกดจุดเพื่อจัดการอาการอ่อนเพลีย ลดความวิตกกังวล (Suandika, Tang, Fang, Tsai, Weng & Tsai, 2021)

3) การบำบัดความคิด ดนตรีบำบัด เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ (จรีพรรณ เจริญพร, 2550; จุไรรัตน์ ตี๋ขุนทด, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารีย์ กังใจ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การศึกษากลวิธีการจัดการอาการจะพบในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาแบบไตเป็นส่วนใหญ่ กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษาแบบไต การจัดการอาการส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีการศึกษาการจัดการอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองที่นำมาใช้อ้างอิงนั้นยังพบเพียงข้อมูลในกลุ่มที่ระบุการจัดการในรูปแบบตามประเภทการรักษา หรือตามประเภทของพฤติกรรม ดังนั้น การศึกษาว่าบุคคลเลือกใช้กลวิธีด้วยตนเองตามการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น อาจมีกลุ่มกลวิธีที่หลากหลาย

## 2.5 ผลของการจัดการอาการ

การจัดการอาการนั้นสามารถประเมินผลของการจัดการอาการนั้นๆได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลของการจัดการอาการที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น สามารถประเมินได้จาก ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Li, Xie, Yang & Pang, 2018) ความไม่ทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น สามารถใช้เวลาอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข (Axelsson, Alvariza, Lindberg, Ohlen, Hakanson & Reimertz, 2018) และมีการวัดคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง (Lam, Scherer, Brown, Grubbs & Schell, 2019) และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถวัดเป็นข้อมูลเชิงประมาณได้จากการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Kidney Disease Quality of Life Short Form :KDQOL SFTM) (Mahato et al., 2020) และจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ป่วยที่ต้องดูแลในระยะยาวกลุ่มไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทดแทนไต การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (well being) เป็นสิ่งที่มุ่งหวังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Wong, Rubenzik, Zelnick, Davison, Loudon & Oestreich, 2022)



พบว่าผลลัพธ์ของการจัดการอาการนั้น ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่บำบัดไตทดแทน ซึ่งจะวัดใน ส่วนของการทำหน้าที่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง แต่การศึกษาในผู้ป่วยกลุ่ม เลือกรักษาแบบประคับประคองมุ่งเน้นไปที่การมีชีวิตอยู่ที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากการเผชิญการ ดำเนินของโรค

## 2.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

### 2.6.1 แบบสอบถามประสพการณ์อาการ

1) Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พัฒนาขึ้นโดย Bruera, Kuehn, Miler, Selmsler & Macmillan (1991) เพื่อใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แบบ ประคับประคองในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวม ทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วยอาการ 1) ปวด 2) เหนื่อยอ่อนเพลีย 3) คลื่นไส้ 4) ซึมเศร้า 5) วิตกกังวล 6) ง่วงซึมสับสน 7) เบื่ออาหาร 8) รู้สึกไม่สุขสบายทั้งกายและใจ และ 9) เหนื่อยหอบ โดยแต่ละ ข้อมีการประเมินการรับรู้อาการในมิติความทุกข์ทรมาน ด้วยการใช้มาตรวัดแบบ visual analog scales (VAS) เป็นแบบเส้นตรงที่มีความยาวตั้งแต่ 0-100 มิลลิเมตร โดยเริ่มต้นที่ไม่มีความทุกข์ ทรมานเลย (0 มิลลิเมตร) ไปจนถึงมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด (100 มิลลิเมตร) หลังจากนั้น Davison et al. (2006) ได้นำมาดัดแปลง เพื่อใช้ประเมินอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ ได้รับการบำบัดทดแทนหน้าที่ไตทั้งการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม จำนวน 531 คน ด้วยการเพิ่มคำถามเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้อีก 1 อาการ คือ อาการคัน รวมเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้ง 10 ข้อ และใช้มาตรวัดแบบ numeric visual analog scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ซึ่งความหมาย ของคะแนน คือ ไม่มีมารุนแรงของอาการเลย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีความรุนแรงของอาการมาก ที่สุด (10 คะแนน) โดยการคิดคะแนนจะคิดรวมกันทั้ง 10 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับ การบำบัดทดแทนหน้าที่ไต และประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี test-retest เพื่อวัดความ เชื่อมั่นแบบ inter-rater reliability (IRR) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation coefficient) เท่ากับ 0.70

2) Patient Outcome Scale (POSs) พัฒนาขึ้นโดย Murphy and other (2009) เพื่อใช้ ประเมินอาการในช่วง 3 วันที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ ระยะที่ 5 ที่ได้รับการ รักษาแบบประคับประคอง (Conservative management) โดยไม่ได้รับการ รักษาด้วยการบำบัด ทดแทนไต แบบประเมินพัฒนามาจากแบบประเมินอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care outcome scale) ของ Hearn and Higginson (1999) ด้วยการเพิ่มข้อคำถาม เกี่ยวกับอาการที่

เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคไต 2 อาการ คือ อาการคันและอาการขากระตุกหรือชา อยู่ไม่สุขรวมทั้งหมด 17 ข้อ แต่ละข้อมีการประเมินการรับรู้อาการใน 2 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ และความรุนแรง การประเมินในแต่ละข้อด้วยการใช้มาตรวัด 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ซึ่ง ความหมายของคะแนน คือ ไม่มีอาการ (0 คะแนน) มีความรุนแรงเล็กน้อย (1 คะแนน) มีความรุนแรงปานกลาง (2 คะแนน) มีความรุนแรงมาก (3 คะแนน) หรือมีความรุนแรงมากที่สุด (4 คะแนน)

3) แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วย นภา ทวีจริยกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์-ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2558) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ Portenoy et al. (1994) แปลในภาษาไทย โดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (2551) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ใน 4 มิติได้แก่ ความชุกของอาการ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนชีวิตประจำวัน สำหรับมิติความถี่ของอาการจะประเมินเพียง 24 อาการแรก 1) การประเมินความชุกของอาการประเมินโดย เกิดให้คะแนน 1 คะแนน ไม่เกิดให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงเกิดอาการมาก 2) การประเมินความถี่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เกิดน้อยมาก (1) เกิดบางครั้ง (2) เกิดบ่อยครั้ง (3) เกิดตลอดเวลา (4) 3) การประเมินความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ รุนแรงน้อย (1) รุนแรงปานกลาง (2) รุนแรงมาก (3) และรุนแรงมากที่สุด (4) และ 4) การประเมินอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน (0) มีการรบกวนชีวิตประจำวันน้อย (1) มีการรบกวนชีวิตประจำวันปานกลาง (2) มีการรบกวนชีวิตประจำวันมาก (3) และมีการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด (4) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบ่งตามมิติของอาการทั้ง 4 มิติเท่ากับ 0.76, 0.80, 0.81, และ 0.86 ตามลำดับ

4) แบบสอบถามอาการอาการในโรคไตเรื้อรังของ ปญวิติ คดีโลก (2560) ได้ใช้แบบสอบถาม The CKD Symptom Burden Index (CKD-SBI) ของ Almutary et al. (2016) ซึ่งได้นำแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทยด้วย กระบวนการแปลเป็นภาษาเป้าหมาย (forward-only-translation) จากศูนย์การแปลและการล่าม เฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และให้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจ สอบอีกครั้งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทั้งหมด 32 ข้อ โดยแต่ละข้อจะมี การประเมินประสพการณ์การมีอาการใน 4 มิติ คือ 1) มิติการเกิดอาการ 2) มิติความถี่ 3) มิติความรุนแรง และ 4) มิติความทุกข์ทรมาน โดยแต่ละข้อจะให้กลุ่มตัวอย่างระบุการรับรู้อาการในมิติการเกิด อาการว่า “มี” หรือ “ไม่มี” อาการ หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่า “ไม่มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่าง ข้ามไปทำข้อถัดไป แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างระบุว่า “มี” อาการในข้อนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างระบุเพิ่มเติม เกี่ยวกับประสพการณ์การมีอาการในข้อนั้นทั้ง 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ลักษณะ

คำตอบในแต่ละมิติเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical scale) มีทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 – 10 คะแนนให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพียงเลขเดียว

5) แบบประเมินการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นขณะพอกเลือด และใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการพอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้นโดย สุกัญญา จ้อยกล้า (2550) ซึ่งใช้วิธีการสัมภาษณ์ถึงวิธีการจัดการหรือแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นขณะพอกเลือดและใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการพอกเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมว่ามีการปฏิบัติอย่างไร โดยพบว่าการจัดการกับอาการเบื่อหน่าย อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ อาการตะคริว อาการปวดศีรษะ และอาการคัน

6) แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยไตอักเสบลูโปสที่พัฒนาขึ้นโดย (สิริกาญจน์ หาญรบ, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, อรวมน ศรียุคตศุทธ และสุชาย ศรีทิพยวรรณ, 2015) โดยสร้างจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตช่องท้องแบบต่อเนื่องปฏิบัติเมื่อเกิดอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการ หรือทำให้อาการนั้นหายไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านแบบประเมินส่วนใหญ่จะใช้ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังที่เลือกการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินต่างๆ นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับอาการที่พบได้บ่อยทั้ง 16 อาการ ต้องการให้ครอบคลุมทุกมิติของการรับรู้อาการ ทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงและด้านการรบกวนชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่มีความเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้คือ 1) แบบประเมินประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย 3 มิติ 1.1) มิติความถี่ เป็นมาตรวัด Rating scale 5 คือ อาการนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน), อาการน้อยครั้ง (2 คะแนน), อาการค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน), อาการบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และตลอดเวลา (5 คะแนน) 1.2) มิติความรุนแรงของอาการ การประเมินเป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale) เป็นการให้บุคคลหนึ่งประเมินความรู้สึกของตนเองต่ออาการที่เกิดขึ้นสามารถตอบได้เพียงคำถามเดียว มีลักษณะ 0-10 คะแนน อยู่บนเส้นตรง โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วย 0 หมายถึงรับรู้ว่ามีอาการ อีกข้างแทนค่าด้วย 10 หมายถึงรับรู้ว่ารุนแรงมากที่สุด (Bruckenthal & D'Arcy, 2007; Borum, 2009) และ 1.3) การรบกวนชีวิตประจำวัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่มีอาการรบกวนชีวิตประจำวัน (0 คะแนน), มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยมากหรือ 1 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน), มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยมากหรือ 2 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน), มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันค่อนข้างมากหรือ 3-4 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน), มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากหรือ 5-6 วัน/สัปดาห์ (4 คะแนน) และมีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุดหรือ ทุกวัน/สัปดาห์ (5 คะแนน) และ 2) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการ

อาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ  
 ประคับประคอง เป็นแบบประเพณีที่สร้างการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำตอบปลายปิดและปลายเปิด  
 สามารถตอบมากกว่า 1 วิธี และผลของการจัดการ เป็นข้อให้เลือก 3 ข้อ คือ ดีขึ้น เหมือนเดิม และ  
 แย่ลง

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2561) ได้ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็น  
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ทบทวนวรรณกรรมได้ 27  
 อาการ ในมิติของความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความรุนแรง โดยได้เป็น 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1)  
 กลุ่มอาการจิตใจและอารมณ์ มีอาการดังนี้ นอนไม่หลับ หายใจลำบาก วิดกกังวล หงุดหงิดง่าย รู้สึก  
 ซึมเศร้า 2) กลุ่มอาการผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนปลาย มีอาการดังนี้ ชาปลายมือปลายเท้า ชา  
 กระตุก แสบร้อนขา/ฝ่าเท้า 3) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย มีอาการดังนี้ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย 4)  
 กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร มีอาการดังนี้ เบื่ออาหาร มีแผลในช่องปาก 5) กลุ่มอาการปวด มี  
 อาการดังนี้ เคลื่อนไหวสะดวก และปวดกระดูก/ข้อ และ 6) กลุ่มอาการของเสียคั่ง มีอาการดังนี้ บวม  
 ดิ่งที่แขน/ขา ผิวหนังแห้ง คันตามร่างกาย ง่วงซึม/เซื่องซึม ตะคริว

พิชญานันท์ แก้วอำไพ (2563) ได้ศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์ใน  
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 -60 ปี จำนวน 78 ราย พบว่า  
 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 มีประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อย คือ รู้สึกอ่อนเพลีย/ไม่มี  
 แรง มีอาการปวดตามร่างกาย ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผิวแห้ง ความถี่ของ  
 อาการปัสสาวะเป็นฟองที่พบได้มากที่สุด รองลงมาชาปลายมือ/ปลายเท้า ความรุนแรงอาการปัสสาวะ  
 เป็นฟองมากที่สุด รองลงมาคือหายใจลำบาก/แน่นหน้าอก และความทุกข์ทรมาน/รบกวน  
 ชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ได้แก่ ผิวซีด วิดกกังวล หายใจลำบาก/แน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ/มึน  
 งง/บ้านหมุน การพักผ่อนนอนหลับเป็นวิธีการจัดการอาการอ่อนเพลียได้มีประสิทธิภาพ การใช้มือ/  
 ผ้าถูหลัง ถูเบาๆ บริเวณคั้นช่วยให้บรรเทาอาการได้ดีที่สุด การใช้การนวด ประคบ นอนพักช่วยทุเลา  
 อาการปวดได้มีประสิทธิภาพ ภายหลังการจัดการอาการกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น

ปฏิวัติ ศดีโลก (2560) ได้ศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่  
 ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ใน 4 มิติ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า 1) จำนวนอาการที่  
 เกิดขึ้น 29 อาการ การเกิดอาการ 5 อันดับแรก 1) ผิวแห้ง 2) รู้สึกเหนื่อยไม่มีแรง 3) ดัน 4) ปวด  
 เมื่อยกล้ามเนื้อ และ 5) ชาบวม และนอนไม่หลับ ความถี่ของการเกิดอาการ ได้แก่ ผิวแห้ง ชาบวม ชา  
 และเป็นเหน็บที่เท้า สนใจกิจกรรมทางเพศลดลง นอนไม่หลับความรุนแรงของอาการ ได้แก่ อาการ

คัน ปวดกระดูกหรือข้อ ตะคริว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และขาเป็นเหน็บที่เท้า ความทุกข์ทรมาน ได้แก่ คัน ปวดกระดูกหรือข้อ ตะคริว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ และพบว่า อาการคันเป็นกลุ่มอาการที่รุนแรงและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด

สิริกาญจน์ หาญรบ และคณะ (2015) ทำการศึกษาประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่าย จำนวน 100 ราย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตอวัยวะปลูกถ่ายมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ) และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย และให้ข้อมูลได้ โดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยไตอวัยวะปลูกถ่าย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการ MSAS ของ Portenoy et al. (1994) 3) แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และ 4) แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai Modified Function Living Index Cancer version 2, T-FLIC 2) ของ สุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (2548) ที่พัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม Functional Living Index Cancer (FLIC) ของ Schipper and Levitt (1985) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสพการณ์การมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ตามัว อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และปวดข้อ โดยมีกลวิธีการจัดการอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ คือ อาการตามัว ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการพบแพทย์ ร้อยละ 23.1 อาการนอนไม่หลับหรือนอนยาก ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยพยายามฝึนนอนหลับ ร้อยละ 34.2 อาการอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการนอนพัก ร้อยละ 57.3 อาการปวดศีรษะ ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 54.6 และอาการปวดข้อ ใช้กลวิธีการจัดการอาการโดยยาทาลดปวด/เมื่อย เช่น ยาหม่อง ร้อยละ 55 และมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในเกณฑ์ดี ( $\bar{X} = 47.74$ ,  $SD = 7.79$ ) และพบว่าประสพการณ์การมีอาการตามัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง ปวดข้อ และปวดศีรษะ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.32 -0.31 -0.49, -0.49, -0.23$  ตามลำดับ;  $p < 0.05$ )

อนุชา ไทวงษ์ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยใช้ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินอาการ Patient Outcome Scale (POSS) ของ Murphy และคณะ (2008) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ 1-15 อาการโดย 1) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1.1) ขาปลาย มือปลายเท้า 1.2) ปวดกระดูกและข้อ 1.3) ปัสสาวะบ่อย



กลางคืน 1.4) อ่อนเพลีย และ 1.5) นอนไม่หลับ 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความถี่สูงสุด 5 อันดับแรก คือ 2.1) ซาปลายมือปลายเท้า 2.2) ขากระดูก 2.3) เคลื่อนไหวไม่สะดวก 2.4) ตะคริว และ 2.5) ปัสสาวะบ่อยกลางคืน 3) อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงสูงสุด 5 อันดับแรก คือ 3.1) ซาปลายมือปลายเท้า 3.2) เคลื่อนไหวไม่สะดวก 3.3) ปวดกระดูกและข้อ 3.4) นอนไม่หลับ และ 3.5) ขากระดูก 4) อาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 28 อาการ สามารถจัดเป็นกลุ่มอาการได้ 8 กลุ่ม คือ 4.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและ อารมณ์ ประกอบด้วย 6 อาการ คือ นอนไม่หลับ วิดกกังวล หายใจลำบาก ไม่มีสมาธิ รู้สึกซึมเศร้า และหงุดหงิดง่าย 4.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ แสบ ร้อนชา/ฝ่าเท้า ขากระดูก และซาปลายมือปลายเท้า 4.3) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย ประกอบด้วย 3 อาการ คือ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย 4.4) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย 4 อาการ คือ มีแผลในช่องปาก เบื่ออาหาร ท้องผูก และท้องเสีย 4.5) กลุ่มอาการปวด ประกอบด้วย 3 อาการ คือ เคลื่อนไหวไม่สะดวก ปวดกระดูกและข้อ และตะคริว 4.6) กลุ่มอาการอาการภาวะซีด ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปวดศีรษะ และวิงเวียนศีรษะ 4.7) กลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย 2 อาการ คือ ปัสสาวะบ่อยกลางคืน และความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง และ 4.8) กลุ่มอาการของเสียคั่ง ประกอบด้วย 5 อาการ คือ รู้สึกบวมตึงที่แขนและขา ผิวหนังแห้ง เชื่องซึม ง่วงซึม คันตามร่างกาย และบวมที่ใบหน้า 5) คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงดี 5.1) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตมิติสุขภาพกายและมิติสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี 6) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ 6.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ 6.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย 6.3) กลุ่มอาการอ่อนเพลีย 6.4) กลุ่มอาการปวด 6.5) กลุ่มอาการภาวะซีด และ 6.6) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์โดยรวม 7) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพกายมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 7.1) กลุ่มอาการปวด 7.2) กลุ่มอาการของเสียคั่ง และ 7.3) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ และ 8) กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตมิติ สุขภาพจิตมากที่สุด คือ 8.1) กลุ่มอาการทางจิตใจและอารมณ์ และ 8.2) กลุ่มอาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย

Currie Moore (2022) ทำการศึกษาในกลุ่มอาการ และเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ทำการล้างไตทางช่องท้อง การล้างไตผ่านเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต และกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดไตทดแทน ได้ทำการวิเคราะห์หัตถุติภูมิของข้อมูลทั้งภาคตัดขวางและตามยาวที่เก็บรวบรวมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปรับปรุงบริการระดับชาติในศูนย์ไต 14 แห่งในอังกฤษ สหราชอาณาจักร ใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลความรุนแรงของอาการ 17 รายการ จากแบบประเมิน Palliative care Outcome Scale-Symptom renal (POS-S) และแบบประเมินสุขภาพ EuroQol

5 dimensions (EQ-5D-5L) นำมาจัดหมวดหมู่ ข้อมูลตามกลุ่มการรักษา: การฟอกเลือด (n=1,462), การปลูกถ่าย (n=866), กลุ่มล้างไตทางช่องท้อง (n=127) หรือ กลุ่มที่ไม่มี การบำบัดทดแทนไต (CKD non-KRT; n=684) ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบหลักเพื่อระบุกลุ่มอาการต่อกลุ่มการรักษา และแบบจำลองอัตราต่อรองตามสัดส่วนเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและกิจกรรมตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มีอาการ 18 อาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก นอนไม่หลับ ปวด หายใจลำบาก ง่วงซึม รู้สึกวิตกกังวล ขากระตุก คันตามผิวหนัง รู้สึกซึ่มเศร้า ปาก/คอแห้ง เบื่ออาหาร ผิวน้ำแห้ง ท้องผูก คลื่นไส้ ท้องเสีย อาเจียน นำมาจัดกลุ่มอาการตามกลุ่มการรักษาได้ ดังนี้

- 1) กลุ่มไม่บำบัดทดแทนไต ได้ 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1.1) กลุ่มอาการขาดพลังงานและเคลื่อนไหวได้แก่ ปวด หายใจหอบ เหนื่อยล้า ง่วงซึม เคลื่อนไหวลำบาก ปากแห้ง 1.2) กลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้/อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย 1.3) กลุ่มอาการทางจิตใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า
- 2) กลุ่มล้างไตทางหน้าท้อง ได้แก่ 2.1) กลุ่มอาการขาดพลังงานและเคลื่อนไหวได้แก่ เหนื่อยล้า เคลื่อนไหวลำบาก และง่วงซึม 2.2) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน 2.3) กลุ่มอาการทางผิวหนัง ได้แก่ อาการคัน ผิวน้ำแห้ง 2.4) กลุ่มอาการทางจิตใจ ได้แก่ ท้องเสีย ปวด รู้สึกกังวล และซึมเศร้า
- 3) กลุ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ 3.1) กลุ่มอาการขาดพลังงานและเคลื่อนไหวลำบาก ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร รู้สึกกังวล ซึมเศร้า เคลื่อนไหวลำบาก ง่วงซึม 3.2) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 3.3) กลุ่มอาการทางผิวหนัง ได้แก่ นอนไม่หลับ ขากระตุก ผิวน้ำแห้งและคัน และอาการคัน 4) กลุ่มปลูกถ่ายไต ได้แก่ 4.1) กลุ่มอาการขาดพลังงานและการเคลื่อนไหวได้แก่ ปวด หายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปากแห้ง วิตกกังวล ซึมเศร้า เคลื่อนไหวลำบาก ง่วงซึม 4.2) กลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน 4.3) กลุ่มอาการทางผิวหนัง ได้แก่ อาการคัน และผิวน้ำแห้ง

Marques Shek Nam and other (2020) ได้ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกไต เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเชิงคุณภาพแบบระยะยาว ในผู้ป่วย 10 รายมาได้รับการศึกษาในศูนย์ฟอกไต ประเทศฮ่องกง โดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว 28 ครั้ง ดำเนินการ 2017 -2018 ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลโดย COREQ checklist พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารู้สึกอาการที่เกิดขึ้น อาจจะไม่ทราบถึงความสัมพันธ์ของอาการต่าง ๆ พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการเหนื่อยล้า หายใจไม่อิ่ม วิงเวียนศีรษะ และนอนหลับไม่สนิท การเปลี่ยนแปลงของอาการเผยให้เห็นรูปแบบของการรับรู้อาการที่มากขึ้น และนำมาสู่การแสดงผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ มีปรับตัวของชีวิตประจำวันต่ออาการที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ดังนี้ 1. การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เปลี่ยนชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) ผลของการทำกิจกรรมลดลง ได้แก่ ความทนทานของกิจกรรมลดลง การเคลื่อนไหวที่จำกัด การเหนื่อยล้ามากขึ้น สูญเสียการมีสมาธิจดจ่อ 2) การลดลงของกายภาพ ได้แก่ เคลื่อนไหวลำบาก ความต้องการมีกิจกรรมลดลง 3)

ความต้องการพักผ่อนมากขึ้น และ 4) ตั้งใจส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกาย 2. การเปลี่ยนแปลงของน้ำ และอากาศ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารและน้ำที่มีผลต่อสมดุลเกลือแร่ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมภารกิจที่ทำให้คั่งของเสีย การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น

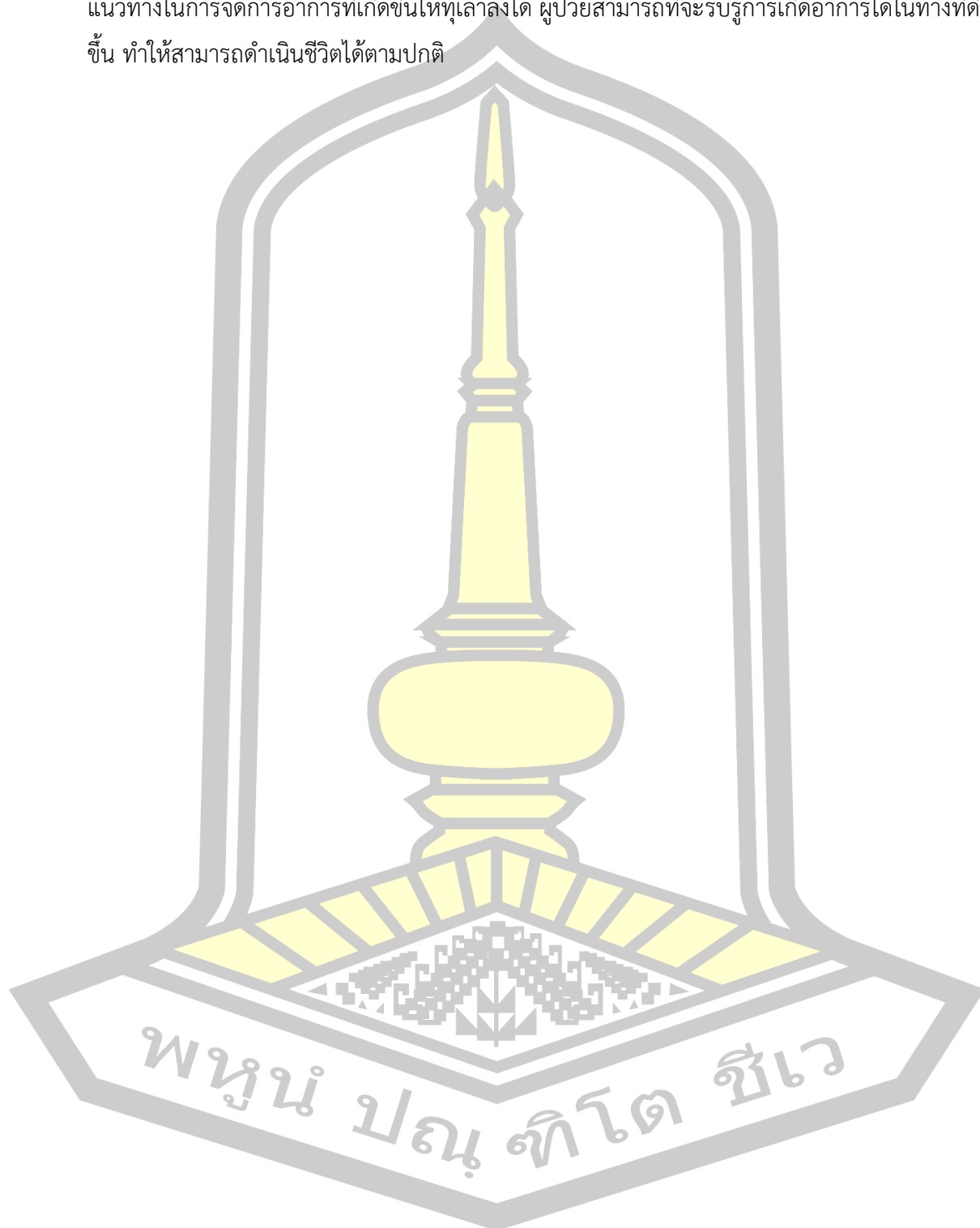
Chaiviboontham, Phinitkhajorndech and Tiansaard (2020) ได้ศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 65.56 ปี จากศูนย์บริการฟอกไตจากโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง โดยใช้ เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (The instruments consisted of Personal Information: PIQ) 2) แบบบันทึกอาการการฟอกไต (Dialysis Symptom Index-THAI) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Exploratory Factor Analysis (EFA) ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Principle Component Analysis (PCA) ผลการวิจัย พบ 30 อาการ นำมาจัดกลุ่มได้กลุ่มอาการ 8 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร 2) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและสมดุลสารน้ำ 3) กลุ่มอาการระบบประสาท 4) กลุ่มอาการทางผิวหนัง และเยื่อต่างๆ 5) กลุ่มอาการซึมเศร้า 6) กลุ่มอาการนอนหลับผิดปกติ 7) กลุ่มอาการทางเพศ และ 8) กลุ่มอาการภาวะซีด

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะพบว่าเป็นการศึกษาที่ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เกิดขึ้นจากความผิดปกติและการสูญเสียการทำหน้าที่ของไต ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการบำบัดไตทดแทน แต่ยังมีกลุ่มที่ไม่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม อาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตพบว่ามี 17 อาการ 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการขาดพลังงาน กลุ่มอาการทางระบบประสาท กลุ่มอาการของเสียคั่ง กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการทางผิวหนัง และกลุ่มอาการทางจิตใจ และอารมณ์ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ศึกษาการเกิดอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ในการศึกษาของประเทศการใช้แนวคิดการจัดการของดอดด์มาใช้ ในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตพบน้อยมากเพราะงานวิจัยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตส่วน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ดังนี้คือ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ศึกษา 3 มิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวัน 2) กลวิธีจัดการอาการ (symptom Management) 3) ผลของการจัดการอาการ (outcomes of management) ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้ จะทำให้ทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อาการใดบ้างที่



ที่พบบ่อย ระดับความรุนแรงเป็นอย่างไร และรบกวนชีวิตประจำวันอย่างไร เพื่อนำมาใช้ในการหาแนวทางในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นให้ทุเลาลงได้ ผู้ป่วยสามารถที่จะรับรู้การเกิดอาการได้ในทางที่ดีขึ้น ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลของการจัดการอาการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต แต่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกมลไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับคำแนะนำการบำบัดทดแทนจากคลินิกไตเรื้อรัง ที่เลือกปฏิเสธบำบัดทดแทน เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองในคลินิกประคับประคอง ในโรงพยาบาลกมลไสย มีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีระดับค่าอัตราการกรองของไต น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>
3. เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ไม่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต
4. ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ระดับความรู้สีก้าวดี รู้ตัวรู้เรื่อง สามารถสื่อสารได้
6. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเมิน mini-cog ได้ 3- 5 คะแนน ซึ่งพัฒนา บอร์สันและคณะ แปลไทยโดย สุภาพร ตรงสกุลและคณะ (2015)

#### 3.2.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ที่ทราบจำนวนประชากร ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane (1973) ของ จากรายงานของโรงพยาบาลกมลไสย พบว่ามีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 102 ราย หากกลุ่มตัวอย่างได้จากการแทนค่า

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

เมื่อ  $N =$  ขนาดของประชากร

$e =$  ความคาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

$n =$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่า

$$n = \frac{102}{1+102(0.05)^2} = 81 \text{ ราย}$$

ผู้วิจัยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 คิดเป็น 8 ราย

สรุปได้ว่า งานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 89 ราย

### 3.2.4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. สํารวจรายชื่อผู้เข้ารับบริการที่มีคุณสมบัติที่กำหนด โดยดูจากเวชระเบียน ที่เข้ามารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในวันที่ดำเนินการเก็บข้อมูล
2. สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยเป็นการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) นำรายชื่อประชากรทั้งหมดมาเรียงลำดับ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางเลขสุ่มให้ได้จำนวนครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ ในผู้ป่วยไทรอยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) กลวิธีการจัดการอาการและผลของการจัดการในผู้ป่วยไทรอยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ ในผู้ป่วยไทรอยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) กลวิธีการจัดการอาการและผลของการจัดการในผู้ป่วยไทรอยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก

2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยรวบรวมจากเวชระเบียนและจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ได้แก่ 1) โรคประจำตัวอื่นๆ 2) ระดับค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) 3) ระดับ serum creatinine 4) ระดับอัตราการกรองของไต (GFR) 5) ระดับค่า hematocrit 6) ระดับค่า hemoglobin 7) ระดับค่า serum calcium 8) ระดับค่า serum potassium 9) ระดับค่า albumin 10) ระดับค่า urine protein 11) ระดับ carbon dioxide โดยผู้วิจัยแบ่งระดับค่าของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการวิจัยครั้งนี้

**ระดับค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) แบ่ง 3 ระดับตามเกณฑ์ของทวี ศิริวงศ์และคณะ (2551) คือ**

- 1) ระดับยูเรียไนโตรเจนต่ำ หมายถึง ระดับยูเรียไนโตรเจนน้อยกว่า 40 mg/dl
- 2) ระดับยูเรียไนโตรเจนปกติ หมายถึง ระดับยูเรียไนโตรเจนระหว่าง 40 – 100 mg/dl
- 3) ระดับยูเรียไนโตรเจนสูง หมายถึง ระดับยูเรียไนโตรเจนระหว่าง มากกว่า 100 mg/dl

**ระดับ serum creatinine แบ่ง 3 ระดับตามเกณฑ์ของทวี ศิริวงศ์และคณะ (2551)**

- 1) ระดับครีเอตินินต่ำ หมายถึง ระดับครีเอตินินน้อยกว่า 5 mg/dl
- 2) ระดับครีเอตินินปกติ หมายถึง ระดับครีเอตินินระหว่าง 5-15 mg/dl
- 3) ระดับครีเอตินินสูง หมายถึง ระดับครีเอตินินมากกว่า 15 mg/dl

**ระดับค่า hematocrit แบ่ง 3 ระดับตามเกณฑ์ของทวี ศิริวงศ์และคณะ (2551) คือ**

- 1) ระดับฮีมาโตคิตต่ำ หมายถึง ระดับฮีมาโตคิตต่ำน้อย 33%
- 2) ระดับฮีมาโตคิตปกติ หมายถึง ระดับฮีมาโตคิตปกติระหว่าง 33-39 %
- 3) ระดับฮีมาโตคิตสูง หมายถึง ระดับฮีมาโตคิตสูงมากกว่า 39%

**ระดับค่า hemoglobin**

แบ่งออกเป็น 2 ระดับ แยกเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Outcomes (KDIGO, 2012) ดังนี้

ระดับฮีโมโกลบินในเพศชาย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับฮีโมโกลบินดี หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 13 mg/dl
- 2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินมากกว่าหรือเท่ากับ 13 mg/dl

ระดับฮีโมโกลบินในเพศหญิง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับฮีโมโกลบินต่ำ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 mg/dl
- 2) ระดับฮีโมโกลบินปกติ หมายถึง ระดับฮีโมโกลบินมากกว่าหรือเท่ากับ 12 mg/dl

**ระดับค่า serum potassium แบ่ง 3 ระดับตามเกณฑ์ของทวี ศิริวงศ์และคณะ (2551) คือ**

- 1) ระดับโพแทสเซียมต่ำ หมายถึง ระดับโพแทสเซียมน้อยกว่า 3.5 mEq/L

- 2) ระดับโพแทสเซียมปกติ หมายถึง ระดับโพแทสเซียมระหว่าง 3.50-5.00 mEq/L
- 3) ระดับโพแทสเซียมสูง หมายถึง ระดับระดับโพแทสเซียมในเลือดมากกว่า 5.00 mEq/L

#### ระดับค่า albumin แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับค่าอัลบูมินต่ำ หมายถึง ค่าอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 3.50 mg/dl
- 2) ระดับค่าอัลบูมินปกติ หมายถึง ค่าอัลบูมินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl

#### ระดับค่า urine protein แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- 1) ระดับโปรตีนในปัสสาวะปกติ หมายถึง ระดับโปรตีนในปัสสาวะปกติ มีค่า 0, Trace, +1
- 2) ระดับโปรตีนในปัสสาวะผิดปกติ หมายถึง ระดับโปรตีนในปัสสาวะผิดปกติมีค่า 2+ ขึ้นไป

#### ระดับ Bicarbonate

- 1) ระดับไบคาร์เนตในเลือดต่ำ หมายถึง ระดับไบคาร์เนตในเลือดน้อยกว่า 23 mEq/L (ต่ำ)
- 2) ระดับไบคาร์เนตในเลือดปกติ หมายถึง ระดับไบคาร์เนตในเลือดระหว่าง 23 –30 mEq/L
- 3) ระดับไบคาร์เนตในเลือดสูง หมายถึง ระดับไบคาร์เนตในเลือดสูงมากกว่า 30 mEq/L

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามประสบการณ์อาการ ในผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ

**ส่วนที่ 2.1** แบบสอบถามประสบการณ์อาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยสร้างตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ให้ครอบคลุมมิติ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ดังนั้นจึงได้สร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวบรวมอาการได้ 8 กลุ่มอาการ มีทั้งหมด 16 อาการ ตามแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีอาการหรือไม่ พร้อมทั้งให้ระบุการรับรู้อาการดังกล่าวในมิติแต่ละมิติ ประกอบด้วย 2.1 ความถี่ของอาการ 2.2 ด้านความรุนแรงของอาการ และ 2.3 การรบกวนชีวิตประจำวัน มีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

- 1) เกณฑ์การพิจารณาเป็นคะแนนความถี่ของอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย สอบถามอาการที่เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์โดยวัดจากจำนวนวันที่เกิดอาการเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

- 1) คะแนน หมายถึง มีอาการนาน ๆ ครั้งหรือ สัปดาห์ละ 1 วัน

- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 2 วัน
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างบ่อยหรือสัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 5 – 6 วัน
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอดเวลาหรือทุกวันใน 1 สัปดาห์

การแปลผลการรับรู้ความถี่ของการอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00 – 2.33	ระดับน้อย
2.34 – 3.66	ระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	ระดับมาก

2) เกณฑ์การพิจารณาเป็นคะแนนความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดตัวเลข (numerical rating scale) ตัวเลขกำหนด 1 – 10 คะแนน เป็นการให้บุคคลหนึ่งประเมิน ความรู้สึกของตนเองต่ออาการที่เกิดขึ้นสามารถตอบได้เพียงคำถามเดียว มีเกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 7 – 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงมาก
- 4 – 6 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการปานกลาง
- 1 – 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการเล็กน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเกิดขึ้นเลย

3) เกณฑ์การพิจารณาอาการรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้น รบกวนชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นใน 1 สัปดาห์โดยวัดจากจำนวนวันที่เกิด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ

- 1 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยมากหรือ 1 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยหรือ 2 วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันค่อนข้างมากหรือ 3 – 4 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากหรือ 5 – 6 สัปดาห์ต่อวัน
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุดหรือ ทุกวัน/สัปดาห์

การแปลผลเกณฑ์การพิจารณาอาการรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้น รบกวนชีวิตประจำวัน มีแบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00 – 2.33	ระดับน้อย
2.34 – 3.66	ระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	ระดับมาก



**ส่วนที่ 2.2** แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการในผู้ป่วยไทรอยด์ระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ประเมินจากแบบสอบถามการจัดการอาการ ที่ได้จากการทบทวนกรรม มีคำตอบปลายปิดและปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกได้มากกว่า 1 เป็นสภาวะของอาการ คือ ดีขึ้น เหมือนเดิม และแย่ลง

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาและความเหมาะสมตรงตามเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ด้านโรคไต 1 คน
2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน
3. อาจารย์ด้านพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน
4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน
5. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้โรคไต 1 คน

หลังจากให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสม และความถูกต้องของภาษาที่ใช้แล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำแบบสอบถามที่ได้ปรับแก้ไขเพิ่มเติมเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาอีกครั้ง และก่อนนำไปใช้ ดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 15 ราย เพื่อหาประสิทธิภาพ และประเมินความเข้าใจของเนื้อหาและภาษาก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง หากพบข้อบกพร่องให้นำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 ทั้ง 3 มิติ คือ ด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรง และด้านรบกวนชีวิตประจำวัน ได้ค่าเท่ากับ 0.97, 0.89 และ 0.99

### 3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของคุณภาพเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ในข้อคำถามและคำตอบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จากนั้นนำมาทดสอบแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) มากกว่า 0.7 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2010) จึงสามารถนำไปใช้ในการเก็บ



ข้อมูลวิจัย โดยประเมินอาการในด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนชีวิตประจำวัน ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.88 และ 0.74 ตามลำดับ

ในส่วนของแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการและผลของการจัดการอาการ ผู้วิจัยนำมาทำการทดสอบโดยนำเครื่องไปทดสอบในกลุ่มคนเดียวกัน ในสถานที่เหมือนกัน ในระยะที่ห่างกัน 30 นาที ข้อคำถามเป็นข้อคำถามเดิม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้ง 2 ชุดหาค่าสมประสิทธิ์สัมพันธภาพความคงที่ หากมีค่ามากกว่า 0.7 จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย (Grace Enoma, 2013) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แล้วนำไปหาความเที่ยง ได้ 0.98

### 3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง: 355-359/2565 วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้การใช้รหัสแทนการใช้ชื่อนามสกุล ไม่มีการเปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกหรือถูกรบกวนสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย การใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาที หากในระหว่างเข้าร่วมวิจัยเกิดเหตุฉุกเฉินหรืออาการที่คุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยจะประเมินอาการและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด จากการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่างเข้าร่วมวิจัยมีอุปสรรคที่เกิดขึ้นเล็กน้อย เช่น การหยุดพักดื่ม น้ำ การพักทำธุระส่วนตัว แต่อุปสรรคข้างต้นไม่ได้เป็นปัญหาในการเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากร่วมตอบแบบสอบถามผู้วิจัยมอบเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อ เมื่ออธิบายรายละเอียดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามหากยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ผู้ป่วยลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หลังจากนำข้อมูลวิจัยมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม จะเก็บเอกสารที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพียงผู้วิจัยสามารถเข้าถึงเอกสารได้ โดยแยกเอกสารยินยอมและแบบสอบถาม แยกไว้อย่างชัดเจน เก็บไว้เป็นเวลา 1 ปีหลังจากนั้นจะทำลายเอกสาร

### 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอดูแลระเบียบ และแนะนำผู้วิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง
3. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจที่บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำคลินิก สอบถามความสนใจ ในการตอบรับความสมัครใจขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและสุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดำเนินการโดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการวิจัยโดยการยึดหลักจริยธรรมในมนุษย์ อธิบายสิทธิในการวิจัย หรือปฏิเสธ โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระแวงตัวของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการให้บริการทางการแพทย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นยินยอมในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามระเบียบจริยธรรมในมนุษย์
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดย การสอบถาม ในเวลาราชการ วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 09.00 – 11.00 น. ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม 30 – 45 นาที ต่อผู้ป่วย 1 รายขณะเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลกมลาไสย
6. หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ไม่ครบถ้วนดำเนินการสอบถามเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามในครั้งนี้
7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้อง ก่อนนำข้อมูลสู่การวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ และสรุปผล เพื่อนำไปอภิปรายต่อไป

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป อายุ รายได้ต่อเดือน นำมาแจกแจงหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. ข้อมูลทั่วไป เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษา นำมาแจกแจงหาความถี่และร้อยละ

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ 1) โรคประจำตัวอื่นๆ 2) ระดับค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) 3) ระดับ serum creatinine 4) ระดับอัตราการกรองของไต (GFR) 5) ระดับค่า hematocrit 6) ระดับค่า hemoglobin 7) ระดับค่า serum calcium 8) ระดับค่า serum potassium 9) ระดับค่า albumin 10) ระดับค่า urine protein 11) ระดับ carbon dioxide (CO<sub>2</sub>) นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

3. ข้อมูลเกี่ยวประสบการณ์การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นำมาแจกแจงความถี่และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อาการในแต่ละมิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



## บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.3 อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง
- 4.4 ความรุนแรง และรบกวนชีวิตประจำวันของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง
- 4.5 กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง
- 4.6 การอภิปรายผล

### 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 89 คน ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย 52 ราย เพศหญิง 37 ราย ( $\bar{X}$  = 68.43, SD = 12.71) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลางอายุ 70-79 ปี จำนวน 27 คน ร้อยละ 30.33 รองลงมาคือผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปี จำนวน 21 ราย ร้อยละ 23.60 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.10 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.20 ส่วนใหญ่จะไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 24.70 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1,001 – 5,000 บาทต่อเดือนซึ่งส่วนใหญ่เพียงพอต่อรายจ่ายแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ไม่ได้รับการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันจะมีผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 45 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=89)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	52	58.4
หญิง	37	41.6
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	88	98.9
อิสลาม	1	1.1
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	11	12.4
คู่	58	65.2
หย่า/แยก/หม้าย	20	22.5
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{x}</math>= 68.43, Max=97, Min=41)</b>		
40-49	8	9
50-59	15	16.9
60-69	21	23.6
70-79	27	30.3
80-89	16	18.0
90 ปีขึ้นไป	2	2.2
<b>อาชีพ</b>		
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน	39	43.6
รับจ้างทั่วไป	16	18.0
เกษตรกรรม	22	24.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	4.5
พนักงานบริษัท/โรงงาน	2	2.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	6.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือน ( <math>\bar{X}</math>= 20,500, Max= 40,000, Min=1,000)</b>		
น้อยกว่า 1,000 บาท	0	
1,000 – 5,000 บาท	39	34.71
5,001 – 10,000 บาท	38	33.82
>10,000	24	21.36
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอเหลือเก็บ	27	30.3
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	56	62.9
ไม่เพียงพอ	6	6.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	40	35.60
ประถมศึกษา	31	27.59
มัธยมต้น/ปวช.	13	11.57
มัธยมตอนปลาย	1	0.89
<b>สิทธิในการรักษา</b>		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรทอง	64	71.9
ประกันสังคม	10	11.2
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	16.9
<b>บุคคลผู้ดูแลท่านเป็นหลัก</b>		
ไม่มี	4	4.5
มี	85	95.5
<b>ความเกี่ยวข้อง</b>		
บุตร	45	40.05
สามี/ภรรยา	25	22.25
พี่น้อง	13	11.57
ลูก/ป้า/น้า/อา	-	-
พ่อแม่	2	1.78



#### 4.2 ข้อมูลข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี พบร้อยละ 32.04 รองลงมาคือ 2-3 ปี พบร้อยละ 24.92 เป็นผู้ป่วยที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 48. ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นเวลามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 32.00 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของภาวะสุขภาพ (n = 89)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	12	10.68
1 – 2 ปี	17	15.13
2 – 3 ปี	28	24.92
มากกว่า 3 ปี	32	32.04
เคยเข้ารับการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต	89	100

4.2.2 ข้อมูลโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 87.70 เมื่อวิเคราะห์ตามชนิดของโรคร่วม พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 33.71 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 29.61 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 21.34 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 8.98 เมื่อวิเคราะห์ตามจำนวนโรคร่วมพบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 41.01 รองลงมาคือ โรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 18.01 และจำนวน 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 15.38 จำนวน 4 โรค คิดเป็นร้อยละ 7.62 และจำนวน 5 โรค คิดเป็นร้อยละ 6.43 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตาม ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม (n = 89) ดังตาราง 3

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	11	12.4
มีโรคร่วม	78	87.7
<b>ชนิดของโรคร่วม</b>		
โรคความดันโลหิต	30	38.46
โรคเบาหวาน	26	33.33
โรคหัวใจ	19	24.35
<b>จำนวนโรคร่วม</b>		
<b>โรคร่วม 1 โรค</b>	18	23.07
โรคความดันโลหิต	5	6.41
โรคเบาหวาน	6	7.69
โรคหัวใจ	4	5.12
โรคเอสแอลอี	3	3.84
<b>โรคร่วม 2 โรค</b>	32	41.02
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต	13	16.67
โรคความดันโลหิตและโรคหัวใจ	11	14.10
โรคเอสแอลอีและโรคหัวใจ	4	5.12
<b>โรคร่วม 3 โรค</b>	12	15.38
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ	6	7.69
โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคเอสแอลอี	4	5.12
<b>โรคร่วม 4 โรค</b>	6	7.62
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคเอสแอลอี	3	3.81
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคไวรัสตับอักเสบบ	3	3.81
<b>โรคร่วม 5 โรค</b>	5	6.43
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคเอสแอลอี โรคไวรัสตับอักเสบบ	5	6.43

หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4.2.3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ 1) ระดับค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 2) ระดับ serum creatinine เฉลี่ยเท่ากับ 9.76 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.60 3) ระดับค่า hematocrit เฉลี่ยเท่ากับ 25.26 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.40 4) ระดับค่า hemoglobin เพศชาย เฉลี่ยเท่ากับ 12.75 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 71.15 เพศหญิง เฉลี่ยเท่ากับ 11.40 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.13 5) ระดับค่า serum calcium เฉลี่ยเท่ากับ 8.24 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.70 6) ระดับค่า serum potassium เฉลี่ยเท่ากับ 4.22 mEq/L ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.30 7) ระดับค่า serum sodium เฉลี่ยเท่ากับ 130.95 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 49.43 8) ระดับค่า serum phosphate เฉลี่ยเท่ากับ 6.25 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.23 9) ระดับค่า albumin เฉลี่ยเท่ากับ 2.95 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.10 10) ระดับค่า urine protein ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปกติมี ร้อยละ 57.30 11) ระดับ carbon dioxide เฉลี่ยเท่ากับ 21.41 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.40 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n = 89)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับค่าของ BUN</b>		
- น้อยกว่า 40 mg/dl (ปกติ)	6	6.70
- ระหว่าง 40 – 100 mg/dl (สูง)	30	33.70
- มากกว่า 100 mg/dl (สูงมาก)	53	59.60
( $\bar{x}$ = 86.56, Max = 185, Min = 14.90)		
<b>ระดับค่าของ Creatinine</b>		
- น้อยกว่า 5 mg/dl (ต่ำ)	19	21.30
- ระหว่าง 5-15 mg/dl (ปกติ)	59	67.60
- มากกว่า 15 mg/dl (สูง)	11	12.40
( $\bar{x}$ = 9.76, Max = 85, Min = 1.23)		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับค่าของ Hematocrit</b>		
- น้อย 33% (ต่ำ)	84	94.40
- ระหว่าง 33-39 % (ปกติ)	3	3.40
- มากกว่า 39% (สูง)	2	2.20
( $\bar{x}$ = 25.26, Max = 44.30, Min = 7.90)		
<b>ระดับ Hemoglobin</b>		
<b>เพศชาย (n = 52)</b>		
- น้อยกว่า 13.00 g/dl (ต่ำ)	37	71.15
- มากกว่าหรือเท่ากับ 13.00 (ปกติ)	15	28.85
( $\bar{x}$ = 12.75, Max = 18, Min = 7.8)		
<b>เพศหญิง (n = 37)</b>		
- น้อยกว่า 12.00 g/dl (ต่ำ)	19	51.13
- มากกว่าหรือเท่ากับ 12.00 (ปกติ)	18	49.17
( $\bar{x}$ = 11.40, Max = 17.40, Min = 5.47)		
<b>ระดับ Calcium</b>		
- ระดับ 8.40 mg/dl (ต่ำ)	46	51.70
- ระหว่าง 8.40-9.50 mg/dl (ปกติ)	38	42.70
- มากกว่า 9.50 mg/dl (สูง)	5	5.60
( $\bar{x}$ = 8.24, Max = 11, Min = 4.20)		
<b>ระดับของ Potassium</b>		
- น้อยกว่า 3.5 mEq/L (ต่ำ)	28	31.50
- ระหว่าง 3.50-5.00 mEq/L (ปกติ)	10	11.20
- มากกว่า 5.00 mEq/L (สูง)	51	57.30
( $\bar{x}$ = 4.22, Max = 6.90, Min = 2.60)		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับของ Sodium</b>		
น้อยกว่า 135 mEq/L (ต่ำ)	35	39.63
ระหว่าง 135-145 mEq/L (ปกติ)	44	49.43
มากกว่า 145 mEq/L (สูง)	8	8.93
( $\bar{x}$ = 130.95, Max = 148.9, Min = 113)		
<b>ระดับของ Phosphate (n = 78)</b>		
น้อย 3.50 mg/dl (น้อย)	11	14.10
ระหว่าง 3.50 – 5.50 mg/dl (ปกติ)	27	34.61
มากกว่า 5.50 mg/dl (สูง)	40	51.29
( $\bar{x}$ = 6.25, Max = 9.60, Min = 2.9)		
<b>ระดับของ Albumin</b>		
น้อยกว่า 3.50 mg/dl (ต่ำ)	82	92.10
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 mg/dl (ปกติ)	7	7.90
( $\bar{x}$ = 2.95, Max = 5.90, Min = 2.2)		
<b>ระดับค่า urine protein</b>		
มีค่าเท่ากับ 0 คือ ปกติ	51	57.30
มีค่า Trace - +1 ปกติ	14	15.70
มีค่า 2+ ขึ้นไป ไม่ปกติ	23	25.80
<b>ระดับค่าของ Bicarbonate</b>		
น้อยกว่า 23 mEq/L (ต่ำ)	52	58.4
ระหว่าง 23 – 30 mEq/L (ปกติ)	36	40.40
มากกว่า 30 mEq/L (สูง)	1	1.10
( $\bar{x}$ = 21.41, Max = 34.02, Min = 8.80)		

#### 4.3 ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

4.3.1 ประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อาการที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อยล้า ร้อยละ 98.9 2) คลื่นไส้/อาเจียน ร้อยละ 95.5 3) นอนไม่หลับและ วิงเวียน ร้อยละ 94.4 4) ปวด/มีนชาและ เคลื่อนไหว ร้อยละ 92.10 5) บวมตามร่างกาย ร้อยละ 90.1 6) เบื่ออาหาร ร้อยละ 89.98 7) หายใจลำบาก ร้อยละ 88.89 8) ปาก/คอ แห้ง ร้อยละ 84.31 9) ขากระตุก ร้อยละ 83.10 10) ท้องผูก ร้อยละ 82 ตามลำดับ ดังแสดงตามตาราง

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละประสบการณ์อาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89)

	ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
1.	เหนื่อยล้า	88	98.91
2.	คลื่นไส้/อาเจียน	85	95.51
3.	นอนไม่หลับ	84	94.40
4.	วิงเวียน	84	94.40
5.	ปวด/มีนชา	82	92.13
6.	เคลื่อนไหวลำบาก	82	92.14
7.	บวมตามร่างกาย	81	90.10
8.	เบื่ออาหาร	80	89.92
9.	หายใจลำบาก	79	88.89
10.	ปาก/คอ แห้ง	75	84.31
11.	ขากระตุก	74	83.11
12.	ท้องผูก	73	82.00
13.	อาการคัน/ผิวหนังแห้ง	72	80.80
14.	ซีมีเศร้า/เครียด	66	74.20
15.	ง่วงซึม	33	37.11
16.	ท้องเสีย (น้อยที่สุด คือ อาการ)	33	37.13



#### 4.3.2 ค่าเฉลี่ย ความถี่ของประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ ประคับประคอง 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า ( $\bar{X}$ =3.37, SD= 0.91) 2) เคลื่อนไหวลำบาก ( $\bar{X}$ =3.06, SD= 1.09) 3) นอนไม่หลับ ( $\bar{X}$ =2.88, SD=0.80) 4) ปวด/มีนชา ( $\bar{X}$ =2.28, SD= 0.93) 5) หายใจลำบาก ( $\bar{X}$ =2.76, SD= 1.00) 6) วิงเวียน ( $\bar{X}$ =2.75, SD=0.94) 7) คลื่นไส้/อาเจียน ( $\bar{X}$ =2.60, SD= 0.89) 8) บวมตามร่างกาย ( $\bar{X}$ =2.55, SD=0.90) 9) เบื่ออาหาร ( $\bar{X}$ =2.46, SD= 0.89) 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง ( $\bar{X}$ =2.29, SD=0.99) ดังตารางที่ 6

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแปลผลพบว่า ด้านความถี่ พบว่ามีระดับปานกลาง 7 อาการ ได้แก่ เหนื่อยล้า, เคลื่อนไหวลำบาก, นอนไม่หลับ, ปวด/มีนชา, หายใจลำบาก, วิงเวียน, คลื่นไส้/อาเจียน ด้านความถี่ พบว่ามีระดับ น้อย 9 อาการ เบื่ออาหาร, อาการคัน/ผิวหนังแห้ง, ชากระดูก, ซึมเศร้า/เครียด, ปาก/คอแห้ง, ท้องผูก, ท้องเสีย, ง่วงซึม

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่ของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89)

อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ (SD)	ระดับความถี่
1. เหนื่อยล้า	3.37 (0.91)	ปานกลาง
2. เคลื่อนไหวลำบาก	3.06 (1.09)	ปานกลาง
3. นอนไม่หลับ	2.88 (0.80)	ปานกลาง
4. ปวด/มีนชา	2.82 (0.93)	ปานกลาง
5. หายใจลำบาก	2.76 (1.00)	ปานกลาง
6. บวมตามร่างกาย	2.55 (0.90)	ปานกลาง
7. คลื่นไส้/อาเจียน	2.60 (0.89)	ปานกลาง
8. ชากระดูก	2.23 (1.05)	น้อย
9. อาการคัน/ผิวหนังแห้ง	2.29 (0.99)	น้อย
10. ซึมเศร้า/เครียด	2.17 (1.11)	น้อย

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ยของความถี่ $\bar{X}$ (SD)	ระดับความถี่
11.	ปาก/คอแห้ง	2.28(1.01)	น้อย
12.	เบื่ออาหาร	2.46 (0.89)	ปานกลาง
13.	ท้องผูก	2.03 (0.89)	น้อย
14.	วิงเวียน	2.75 (0.94)	ปานกลาง
15.	ท้องเสีย	1.61 (1.03)	น้อย
16.	ง่วงซึม	1.39 (0.87)	น้อย

4.3.3 ค่าเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ ประคับประคอง 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า ( $\bar{X}$ =3.95, SD= 1.75) 2) เคลื่อนไหวลำบาก ( $\bar{X}$ =3.56, SD=4.41) 3) นอนไม่หลับ ( $\bar{X}$ =3.29, SD=1.66) 4) หายใจลำบาก ( $\bar{X}$ =3.22, SD=2.76) 5) ปวด/มีนชา ( $\bar{X}$ =3.21, SD=1.66) 6) วิงเวียน ( $\bar{X}$ =3.13, SD=1.54) 7) คลื่นไส้/อาเจียน ( $\bar{X}$ =2.95, SD=1.53) 8) บวมตามร่างกาย ( $\bar{X}$ =2.67, SD=1.50) 9) เบื่ออาหาร ( $\bar{X}$ =2.66, SD=1.54) 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง ( $\bar{X}$ =2.33, SD=1.51)

ดังตารางที่ 7

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแปลผล พบว่า มี 1 อาการที่มีความรุนแรงมาก คือ อาการเหนื่อย ล้า มีความรุนแรง ปานกลาง จำนวน 9 อาการ ได้แก่ เคลื่อนไหวลำบาก, นอนไม่หลับ, หายใจลำบาก, ปวด/มีนชา, วิงเวียน, คลื่นไส้/อาเจียน, บวมตามร่างกาย, เบื่ออาหาร, อาการคัน/ผิวหนังแห้ง และมี อาการที่มีความรุนแรงน้อยได้แก่ ขากระตุก, ซึมเศร้า/เครียด, ปาก/คอแห้ง, ท้องผูก, ท้องเสีย, ง่วงซึม

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n=89)

อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	ค่าเฉลี่ยความรุนแรง $\bar{X}$ (SD)	ระดับความรุนแรง
1. เหนื่อยล้า	3.95 (1.75)	มาก
2. เคลื่อนไหวลำบาก	3.56 (4.41)	ปานกลาง
3. นอนไม่หลับ	3.29 (1.66)	ปานกลาง
4. หายใจลำบาก	3.22 (2.76)	ปานกลาง
5. ปวด/มีนชา	3.21 (1.66)	ปานกลาง
6. วิงเวียน	3.13 (1.54)	ปานกลาง
7. คลื่นไส้/อาเจียน	2.95 (1.53)	ปานกลาง
8. บวมตามร่างกาย	2.67 (1.50)	ปานกลาง
9. เบื่ออาหาร	2.66 (1.54)	ปานกลาง
10. อาการคัน/ผิวหนังแห้ง	2.33 (1.51)	ปานกลาง
11. ปาก/คอ แห้ง	2.31 (1.45)	น้อย
12. ท้องผูก	2.30 (1.68)	น้อย
13. ขากระตุก	2.28 (1.40)	น้อย
14. ซึมเศร้า/เครียด	1.79 (1.34)	น้อย
15. ท้องเสีย	1.33 (1.25)	น้อย
16. ง่วงซึม	1.30 (1.44)	น้อย

#### 4.3.4 ค่าเฉลี่ย ระดับการรบกวนชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การรบกวนในชีวิตประจำวันของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) เหนื่อยล้า ( $\bar{X}$ =3.14, SD=1.05) 2) นอนไม่หลับ ( $\bar{X}$ =3.01, SD=1.17) 3) เคลื่อนไหวลำบาก ( $\bar{X}$ =2.75, SD=1.16) 4) ปวด/มีนชา ( $\bar{X}$ =2.98, SD=3.31) 5) หายใจลำบาก ( $\bar{X}$ =2.40, SD=1.03) 6) คลื่นไส้/อาเจียน ( $\bar{X}$ =2.38, SD=0.93) 7) บวมตามร่างกาย ( $\bar{X}$ =2.33, SD=0.91) 8) วิงเวียน ( $\bar{X}$ =2.55, SD=1.05) 9) เบื่ออาหาร ( $\bar{X}$ =2.24, SD=1.02) 10) ปาก/คอแห้ง ( $\bar{X}$ =2.11, SD=1.03) ดังตารางที่ 8

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแปลผล พบว่า มีอาการที่มีความรุนแรงมาก คือ อาการเหนื่อยล้า มีความรุนแรง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ระดับของการรบกวนชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=89$ )

ลำดับ	อาการ	ค่าเฉลี่ย	ระดับการรบกวนชีวิตประจำวัน
1	เหนื่อยล้า	3.14 (1.05)	มาก
2	นอนไม่หลับ	3.01 (1.17)	ปานกลาง
3	ปวด/มีนชา	2.98 (3.30)	ปานกลาง
4	เคลื่อนไหวลำบาก	2.75 (1.16)	ปานกลาง
5	วิงเวียน	2.55 (1.05)	ปานกลาง
6	หายใจลำบาก	2.40 (1.03)	ปานกลาง
7	คลื่นไส้/อาเจียน	2.38 (0.93)	ปานกลาง
8	บวมตามร่างกาย	2.33 (0.91)	ปานกลาง
9	เบื่ออาหาร	2.24 (1.02)	น้อย
10	ปาก/คอแห้ง	2.11 (1.03)	น้อย

#### 4.4 กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

กลวิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้นั้นมีทั้งหมด 10 วิธีหลัก แบ่งเป็น 43 วิธีย่อย โดยผู้ป่วยหนึ่งรายมีการช้กลวิธีจัดการอาการเฉลี่ยที่ 5.33 วิธี ส่วนใหญ่เลือกใช้การจัดการด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ร้อยละ 89.87 รองลงมาคือ การจัดการอาการที่ไม่ควรปฏิบัติ ร้อยละ 87.64 การจัดการอาการด้วยแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 75.28 การจัดการด้วยการปรับพฤติกรรม ร้อยละ 68.53 การจัดการด้วยความคิด/จิตใจ ร้อยละ 66.29 การจัดการด้วยการดูแลผิวหนัง ร้อยละ 58.42 การจัดการด้วยแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์ ร้อยละ 30.34 การจัดการด้วยการใช้ยา ร้อยละ 26.96 การจัดการด้วยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 22.47 การจัดการด้วยการออกกำลังกาย ร้อยละ 75.28 ดัง ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ กลวิธีการจัดการอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 89)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การใช้ยาตามแผนการรักษา</b>	24	26.96
มาพบแพทย์เมื่อมีอาการ	11	12.35
ใช้ออกซิเจนสำหรับใช้ที่บ้าน	11	12.35
รับประทานอาหารเสริมตามคำแนะนำของแพทย์	2	2.24
<b>2.การจัดการด้วยความคิด จิตใจ</b>	59	66.29
นั่งสมาธิ	13	14.60
สวดมนต์	18	20.22
ฟังเพลง	10	11.23
ฟังธรรมะ	8	8.98
หาเพื่อนพูดคุย	4	4.49
พูดคุยกับครอบครัว	6	6.74
<b>3.การจัดการด้วยการปรับพฤติกรรม</b>	61	68.53
ใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุง	12	13.48
นั่งศีรษะสูง	9	10.10
ททาวสลิ้น บริเวณริมฝีปาก	13	14.60
บ้วนปากบ่อย ๆ	8	8.98

หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 วิธี

ตารางที่ 9 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>3.การจัดการด้วยการปรับพฤติกรรม</b>	<b>61</b>	<b>68.53</b>
อมน้ำแข็ง อมลูกอม	11	12.35
เปลี่ยนอริยบทให้ช้าลง ทำกิจกรรมช้าลง	10	11.23
<b>4. การจัดการด้วยการออกกำลังกาย</b>	<b>18</b>	<b>20.22</b>
ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด	10	11.23
ขยับร่างกายเพิ่มมากขึ้น	8	8.98
<b>5. การจัดการด้วยแพทย์ทางเลือก</b>	<b>67</b>	<b>75.28</b>
นวดกดจุด	19	21.34
นวดตามร่างกาย	18	20.22
ประคบสมุนไพร	10	11.23
ใช้ยาต้ม/ยาสมุนไพรแก้วังเวียน	20	22.47
<b>6. การจัดการด้านการน้ำและรับประทานอาหาร</b>	<b>80</b>	<b>89.87</b>
ลดปริมาณน้ำในแต่ละวัน	10	11.23
รับประทานอาหารหลาย ๆ มื้อ ทีละน้อย ๆ	10	11.23
รับประทานอาหารรสเปรี้ยว	5	5.61
รับประทานอาหารช้า ๆ กลืน เคี้ยว ช้า ๆ	11	12.35
เปลี่ยนเป็นรับประทานอาหารอ่อน	10	11.23
รับประทานอาหารเสริม ผลไม้	12	13.48
จิบน้ำบ่อย ๆ	10	11.23
<b>7. การจัดการด้วยแหล่งประโยชน์ทางการแพทย์</b>	<b>27</b>	<b>30.34</b>
โทรติดต่อสอบถามบุคคลากรที่รู้จัก	7	7.86
ไปปรึกษา รพ.สต หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน	20	22.47
<b>8. สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ</b>	<b>78</b>	<b>87.64</b>
ใช้น้ำยาสวนอุจจาระ	5	5.61
ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเองนอกจากยาประจำ	14	15.73
ใช้ผ้าพันขา	11	12.23

หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 วิธี



ตารางที่ 9 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>8. สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ</b>	78	87.64
อดทนจนกว่าจะดีขึ้น	23	25.84
นอนพักผ่อนมากขึ้น	17	19.10
งดรับประทานอาหารและน้ำ	12	13.48
<b>9. การจัดการด้วยสิ่งแวดล้อม</b>	20	22.47
ลดแสงสว่างภายในบ้าน	10	11.23
เปิดหน้าต่าง ให้มีลมพัดเข้ามาในบ้าน	8	8.98
จัดสิ่งแวดล้อมหรือเปลี่ยนสถานที่นอนให้เงียบมากขึ้น	2	2.24
<b>10. การดูแลสุขอนามัยและผิวหนัง</b>	52	58.42
ใช้ผ้าชุบน้ำลูบตามร่างกาย	12	13.48
หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ในการทำความสะอาดร่างกาย	15	16.85
สวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่แน่นหรือคับจนเกินไป	10	11.23
ใช้ครีมทารักษาความชุ่มชื้น	15	16.85

หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 วิธี

#### 4.5 ผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามโดยข้อความแบบเปิดรายบุคคลผู้ให้ข้อมูล 89 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายผลของการจัดการอาการ ผู้วิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีผลของการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างหลากหลายด้าน ดังนี้

1) ภาวะทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยที่สามารถแก้ไขอาการหรือรักษาอาการให้ทุเลาลงได้ หรือรู้สึกว่าร่างกายเปลี่ยนแปลง

ดังคำพูดต่อไปนี้

- อะไรที่ทำแล้วมันรู้สึกสบายกาย ไม่ทุกข์ทรมาน ก็ทำพอให้ได้พักผ่อน ส่วนใหญ่จะพออยู่ได้ ไม่ทรมาน แค่อารมณ์ไม่กำเริบหรือเป็นมาก

- วิธีการส่วนใหญ่ก็ได้จากฟุ้งหโม และพยาบาล ที่คอยให้คำแนะนำตอนที่ได้หาที่โรงพยาบาล บางอันมันก็ทำแล้วดีขึ้นจริง เช่นพวก ไม่กินเกลือ ลดน้ำดื่ม รู้สึกว่าแขนขาไม่บวม

2) ด้านอารมณ์และความรู้สึก ผู้ป่วยบางคนที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการเมื่อได้ใช้กลวิธี การจัดการแล้ว ความรู้สึกดีขึ้น สามารถทำให้รู้สึกดีขึ้น และบางรายก็คงเดิม

ดังคำพูดต่อไปนี้

- เมื่อทำแล้วให้ความรู้สึกรู้สึกว่าสามารถจัดการตัวเองได้ วิธีที่ใช้ทำให้สบายใจขึ้น

- บางวิธีก็ไม่ได้ดีขึ้นทันที แค่อ้อย ๆ ทุเลาลง พอให้พักผ่อนได้

3) การดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

- อาจจะไม่หายขาดแต่พอได้ใช้วิธีแล้วมันก็ พอให้เข้าห้องน้ำ อาบน้ำเองได้

- เวลาเหนื่อยเพลียแต่พอนั่งพัก แล้วดีขึ้น ทำให้สามารถทำงานบ้านเล็กน้อยได้

4) ค่าใช้จ่ายของการรักษา ผู้ป่วยจะพบว่าเมื่อเกิดอาการนั้น หากต้องได้รับการฟุ้งหโมแห่ง ประโยชน์จะต้องมีค่าใช้จ่าย การจัดการอาการจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย ดังคำพูดต่อไปนี้

- ปวดขาแรกๆก็ผ้าชุบน้ำสมุนไพร ๗ ขา หลังๆ มากี่ไม่ได้ดีขึ้นจนต้องหายาแก้ปวดกับ คลินิกมากขึ้น

- เวลาเหนื่อยมาก ๆ บางครั้ง มันก็ไม่ดีขึ้นเลย จนต้องเสียเงินมาหาหมอ

5) ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์จะพบว่าการจัดการอาการที่ประสบ ผลสำเร็จนั้นจะสามารถทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบได้จากคำพูดดังนี้

- ก็ทำให้รู้สึกดีขึ้นในระดับหนึ่ง พอได้ทำโน้นทำนี้ แต่สักพักก็กลับมาใหม่ก็ได้ใช้วิธีแบบเดิม เข้ามาช่วยไม่ได้ให้หายขาด แต่รู้สึกทำแล้วดีขึ้น ขอแค่ไม่ได้ไปนอนโรงพยาบาลก็พอ

- ตอนที่ทำกิจกรรม แครู้สึกดีขึ้น สบายตัวและก็ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาลก็ถือว่าดีแล้ว

สรุปได้ว่าการจัดการอาการส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างนั้น มีความมุ่งหวังผลลัพธ์ที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่จะใหญ่ความสำคัญกับการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะดูแลและจัดการอาการด้วยตนเองก่อน ผลที่ไม่ควรเกิดของการจัดการอาการที่มีอาการแย่ง การนอนโรงพยาบาล การเข้ารับรักษาที่คลินิกหรือสถานพยาบาลถือเป็นผลของการจัดการอาการที่ไม่ควรเกิดขึ้น

#### 4.6 การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยอภิปรายผลครั้งนี้ตามคำถามของการวิจัย ดังนี้

คำถามของการวิจัย ข้อที่ 1 ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นอย่างไร

คำถามของการวิจัย ข้อที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นอย่างไร

คำถามของการวิจัย ข้อที่ 3 ผลของการจัดการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เป็นอย่างไร

จากการศึกษาเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อาการที่พบได้บ่อย 10 อาการแรก คือ 1) เหนื่อยล้า 2) คลื่นไส้/อาเจียน 3) นอนไม่หลับและ วิงเวียน 4) ปวด/มีนชาและ เคลื่อนไหว 5) บวมตามร่างกาย 6) เบื่ออาหาร 7) หายใจลำบาก 8) ปาก/คอ แห้ง 9) ขากระดูก 10) ท้องผูก

ประสบการณ์อาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความถี่ 2) มิติด้านความรุนแรงของอาการ และ 3) มิติการรบกวนชีวิตประจำวัน จากการศึกษพบว่า

ความถี่ของอาการผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อย 2) เคลื่อนไหวลำบาก 3) นอนไม่หลับ 4) ปวด/มีนชา 5) หายใจลำบาก 6) วิงเวียน 7) คลื่นไส้/อาเจียน 8) บวมตามร่างกาย 9) เบื่ออาหาร 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง

ความรุนแรงของอาการจากผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก 1) เหนื่อยล้า 2) เคลื่อนไหวลำบาก 3) นอนไม่หลับ 4) หายใจลำบาก 5) ปวด/มีนชา 6) วิงเวียน 7) คลื่นไส้/อาเจียน 8) บวมตามร่างกาย 9) เบื่ออาหาร 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง

การรบกวนชีวิตประจำวันของอาการจากผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก 1) เหนื่อยล้า 2) นอนไม่หลับ 3) เคลื่อนไหวลำบาก 4) ปวด/มีนชา 5) หายใจลำบาก 6) คลื่นไส้/อาเจียน 7) บวมตามร่างกาย 8) วิงเวียน 9) เบื่ออาหาร 10) ปาก/คอ แห้ง

จากการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์อาการจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนชีวิตประจำวันของอาการ สามารถอภิปรายในแต่ละอาการได้ ดังต่อไปนี้

1. เหนื่อยล้า จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นอาการที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่สุด ความถี่ของอาการเกิดขึ้นได้บ่อยมาก และมีความรุนแรง การรบกวนชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังต้องทำงานและหาเลี้ยงชีพ อาการเหนื่อยที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละคน และจากค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า คือ พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การขับของเสียออกจากร่างกาย ซึ่งอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายจะมีภาวะโลหิตจาง จากการขาดฮอร์โมนอีริโทรพอยติน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเสมอในผู้ป่วยไตวาย ภาวะเลือด จางจะยากยิ่งมากขึ้นเมื่อภาวะไตวายเสียหายที่มากขึ้น โดยในภาวะโลหิตจางนี้เม็ดเลือดแดงจะมีขนาด (normocytic) และการติดสีปกติ (normochromic) ในภาวะยูรีเมียมีสารที่ขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดงโดยรบกวนการสร้างอีริโทรพอยติน การสังเคราะห์โปรตีนฮีม (heme) ในไขกระดูก และการตอบสนองของไขกระดูกต่ออีริโทรพอยติน ทำให้ขาดตัวกระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นทดแทนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2551) และยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการลดการสร้างเกล็ดเลือดในร่างกาย เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เมื่อระบบการไหลเวียนโลหิตในร่างกายทำงานได้ไม่ปกติ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เกิดอาการที่พบได้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า รู้สึกไม่กระฉับกระเฉง รู้สึกไร้เรี่ยวแรง (Davey, Webel, Sehgal, Voss & Huml, 2019)

นอกจากนั้นยังพบว่า อาการเหนื่อยล้า อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่นๆ ในกลุ่มของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร, ปาก/คอแห้ง และกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ได้แก่ อาการปวด/มึนชา นอนไม่หลับ แล้วส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความอยากอาหารของผู้ป่วย โดยเฉพาะวัยสูงอายุจะมีต่อรับรสชาติเปลี่ยนไป ความชุ่มชื้นในช่องปากลดลง ความอยากอาหารลดลง มีความเบื่ออาหาร หรือสามารถรับประทานอาการได้ลดลง การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้

2. คลื่นไส้/อาเจียน จากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็น 10 อันดับแรกของอาการที่พบได้บ่อย พบความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และการรบกวนชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 ซึ่งอธิบายได้ว่า เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากของเสียที่คั่งในร่างกายส่งผลต่อกรดอะมิโนจำเป็น (essential amino acid) ในพลาสมาลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ขาดโปรตีน-แคลอรี (protein-calories malnutrition) เกิดภาวะเสียสมดุลโปรตีนเป็นลบ (negative protein balance) มากขึ้น

ภาวะยูรีเมียยังทำให้มีการเกิดแผลในเยื่อต่างๆ และยังส่งผลต่อแบคทีเรียในทางเดินอาหารเปลี่ยน ยูเรียให้กลายเป็นแอมโมเนีย เกิดภาวะกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ มีผลต่อต่อมน้ำลายทำให้การรับรสเสียลิ้นมีรสเผื่อน อาการที่พบ ได้แก่ เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ขาดความสามารถในการรับรส (Garlapati, Gajjar, Then & Gayam, 2021)

จากการศึกษาอาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรุนแรงของการนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมได้นาน หรือการเหนื่อยล้าจากอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไปส่งผลต่อการรับประทานอาหาร นำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าได้

3. นอนไม่หลับ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็น 10 อันดับแรกของอาการที่พบได้บ่อย พบความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และการรบกวนชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 ซึ่งอธิบายได้ว่า เกิดจากการสะสมสารพิษของยูรีเมีย (uremia toxin) และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์แบ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางระบบประสาทส่วนปลาย ดังนี้ (Abboud & Henrich, 2010; Mayer & Hostetter, 2007) ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง จะมีการกดการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงซึม นอนไม่หลับ มีความผิดปกติด้านความคิดและจิตใจ เช่น ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ชั่วง่วงความสนใจสั้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย และซึมเศร้า อาการแสดงถึงความผิดปกติของ ระบบประสาทส่วนกลางในระยะท้าย ๆ คือ มือสั่นเมื่อตั้งมือขึ้น (asterixis) ความรู้สึกตัวลดลง สับสน กล้ามเนื้อกระตุก (muscle fasciculation และ myoclonus) ชัก และไม่รู้สึกรู้ตัว ในรายที่มีการคั่งของของเสียปริมาณมากอาจทำให้เกิดภาวะสมองอักเสบจากยูเรียคั่ง (uremic encephalopathy) จากข้างต้นจะเห็นได้ชัดว่า อาการนอนไม่หลับนั้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้แก่ อาการง่วงซึม อ่อนเพลียง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า อาการนอนไม่หลับนั้นเป็น 5 อันดับแรกของอาการที่มีความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันได้ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของประสิทธิภาพของโรคและทฤษฎีการสะสมของเสียในผู้สูงอายุที่อาจจะทำให้การรับประทานยานอนหลับมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ การนอนไม่หลับจึงส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจจะเกิดมากขึ้นในวัยผู้สูงอายุที่มีปัญหาในด้านการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป



4. วิงเวียน จากการศึกษาค่าของพบว่า เป็น 10 อันดับแรกของอาการที่พบได้บ่อย พบความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และการรบกวนชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง เห็นได้จากค่า hematocrit เฉลี่ยเท่ากับ 25.26 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.40 เป็นผลต่อการเกิดอาการวิงเวียนได้ง่าย

ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่มีภาวะยูริเมียนั้นจะมีความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายเนื่องจากมีความเสี่ยง ต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับสาเหตุของไตวายเรื้อรังที่มาจาก โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน (traditional risk factor) ของการเกิดอาการวิงเวียน (พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2563)

5. บวมตามร่างกาย เป็นอาการที่พบได้บ่อย 5 อันดับแรกมากถึงร้อยละ 90.10 เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลางที่สามารถจัดการอาการได้ จากพยากรณ์การควบคุมเกลือและน้ำของไตเปลี่ยนไปในภาวะโรคไตเรื้อรัง ความล้มเหลวในการขับโซเดียมและน้ำออกส่งผลให้ปริมาณสารน้ำนอกเซลล์เพิ่มมากขึ้นมากขึ้นซึ่งจะแสดงอาการทางคลินิกออกมาเมื่อกลไกชดเชยต่าง ๆ นั้นเสียไปและอัตราการกรองของไตมีค่า (GFR) น้อยกว่า 10-15 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> เมื่อการทำหน้าที่ของไตลดลง

ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตระยะสุดท้ายที่มีภาวะยูริเมียนั้นจะมีความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้น้ำถูกดูดกลับเข้าสู่หลอดเลือดได้เกือบหมด น้ำที่ค้างเหลือในช่องระหว่างเซลล์ที่มีจำนวนไม่มาก จะถูกดูดซึมกลับทางท่อน้ำเหลือง และในภาวะที่มีน้ำเกินส่งผลให้ร่างกายมีอาการบวม ซึ่งเกิดจากการเพิ่มแรงดันไฮโดรสแตติกและแรงดันออสโมติก พบกลุ่มอาการของเสียคั่งได้แก่ อาการหายใจลำบาก บวมตึงแขนและขา/ใบหน้า เหนื่อยง่าย ง่วงซึม (Drüeke & Massy, 2022) จากงานวิจัยพบว่าโดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการจัดการด้านอาหารและน้ำดื่มเพื่อบรรเทาอาการ มีการจัดการที่ไม่เหมาะสมที่พบคือหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ เป็นการจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การจัดการอาการบวมตามร่างกาย ควรได้รับคำแนะนำและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

6. เคลื่อนไหวลำบาก จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง เป็น 10 อันดับแรก ของอาการที่พบได้บ่อย ความถี่อยู่ในระดับปานกลางความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และการรบกวนชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ค่า serum calcium เฉลี่ยเท่ากับ 8.24 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.70 และค่า serum phosphate เฉลี่ยเท่ากับ 6.25 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.23 จากพยากรณ์ของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการมีฟอสฟอรัสสูง และ แคลเซียมต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก



(renal osteodystrophy) ทำให้มีการสลายแคลเซียมจากกระดูกเกิดภาวะกระดูกผุหรือกระดูกพรุน แคลเซียมที่สลายเกิดการรวมตัวเป็นแคลเซียมฟอสเฟต มักไปเกาะตามอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ผิวหนัง ตา หลอดเลือด หัวใจ ปอด ข้อต่อกระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดตามข้อ (Podkowska & Formanowicz, 2020)

ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงของมวลกระดูกที่ทำให้มีภาวะกระดูกพรุน เกิดอาการเจ็บปวดตามข้อ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวลำบาก ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง พบว่าการเคลื่อนไหวลำบากเป็นปัญหาที่รุนแรง และรบกวนชีวิตประจำวัน

7. บวมตามร่างกาย จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10-15 มล./นาที่หรือมีปัสสาวะน้อยกว่าวันละ 500 มิลลิลิตร มีค่า albumin เฉลี่ยเท่ากับ 2.95 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.10 ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำคั่งในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย (water retention) ความสามารถในการขับน้ำนี้จะหายไปเมื่ออัตราการกรองที่ไตลดลงต่ำกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาที่หรือ มีค่าซีรัมครีเอตินิน ประมาณ 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหากผู้ป่วยได้รับน้ำ ในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะน้ำเกินได้ง่าย ส่งผลให้มีการสะสมของโซเดียมในร่างกายมากขึ้น (hyponatremia) ทำให้เกิดอาการบวม ความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของเนื้อเยื่อชั้นซีโรซอล (serosal membrane) เพิ่มขึ้นเกิดการบวมน้ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีน้ำคั่งในช่องปอด (plural effusion) น้ำคั่งในช่องท้อง (ascites) น้ำคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) มีน้ำคั่งในเนื้อเยื่อของร่างกายมากขึ้น ระบบทางเดินหายใจสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีเพอร์มิเอบิลิตี้ (permeability) ของผนังหลอดเลือดในปอดเพิ่มขึ้น มีน้ำจากในหลอดเลือดแทรกเข้าไปในช่องว่างระหว่างเซลล์ (interstitial fluid) หรือในถุงลม (alveolar) มากเกินไปทำให้เกิดน้ำท่วมปอด (pulmonary congestion หรือ pulmonary edema) ขึ้นได้บ่อยแม้ว่าปริมาณน้ำในร่างกายยังเพิ่มขึ้นไม่มากพอ เรียกภาวะนี้ว่าน้ำคั่งที่ซึ่งปอดจากไตวาย (uremic lung) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Podkowska & Formanowicz, 2020) พบกลุ่มอาการของเสียคั่งได้แก่ อาการหายใจลำบาก บวมตึงแขนและขา/ใบหน้า เหนื่อยง่าย ง่วงซึม (Drüeke & Massy, 2022)

ซึ่งอธิบายได้ว่า ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอัตราการกรองที่ไตลดลงการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของเนื้อเยื่อชั้นซีโรซอล (serosal membrane) เพิ่มขึ้นเกิดการบวมน้ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น เกิดอาการบวมตามร่างกาย โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะพบว่าอาการบวมเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง และการรับรู้ความรุนแรง หากไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจะทำให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

8. เบื่ออาหาร จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความรุนแรงและความถี่ในระดับปานกลาง ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า carbon dioxide เฉลี่ยเท่ากับ 21.41 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ในพยาธิสรีรวิทยาจากขบวนการเผา

ผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้เกิดไฮโดรเจนไอออน ไตทำหน้าที่ในการขับไฮโดรเจนไอออนออกจาก ร่างกายทางปัสสาวะในรูปของแอมโมเนียประมาณร้อยละ 60 การขับออกจะลดลงเมื่ออัตราการกรอง ลดลงเหลือ 20 มล./นาที เกิดการสร้างแอมโมเนียโดยหลอดไตส่วนต้นลดลง เนื่องจากจำนวนหน่วย ไตน้อยลง การกรองฟอสเฟต ผ่านได้น้อยลงในระยะหลังของโรค มีการรั่วของไบคาร์บอเนตที่หลอดไต ส่วนต้น การขับไฮโดรเจนไอออนลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนักการหลังกรดใน กระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหาร และมีแผลในลำไส้จะมีการ เริ่มแรก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสเผื่อน ท้องผูก (Garlapati, Gajjar, Then & Gayam, 2021)

ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการขับไฮโดรเจนไอออนลดลง เกิดการ เปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนักการหลังกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบ ของกระเพาะอาหาร และมีแผลในลำไส้จะมีการเริ่มแรก เบื่ออาหาร

9. หายใจลำบาก จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า อาการหายใจลำบากเป็น 10 อันดับแรกที่มีความรุนแรงและรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งปัญหาในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สาเหตุหลักจากการที่มีของเสีคั่งในร่างกาย ค่า carbon dioxide เฉลี่ยเท่ากับ 21.41 mEq/ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าร่างกายมีภาวะเป็นกรด จากการขับไฮโดรเจนไอออนลดลงเกิดปัญหา ต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด การติดเชื้อในปอด เยื่อหุ้มปอดอักเสบ และ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมี อาการหายใจหอบลึกจากภาวะเลือดเป็นกรด ลมหายใจมีกลิ่นยูเรีย ผู้ป่วยจะมีเสมหะเหนียวข้นกลไก การไหลลดลง ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในปอด และเสียชีวิตได้ เร็วขึ้น (Silva, Barbosa, Araujo & Marinho, 2021) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการ ทำงานของไตที่ลดลงทำให้ไม่สามารถขับของเสียของจากร่างกายได้ ทำให้เกิดอาการบวม ความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของเนื้อเยื่อชั้นซีโรซอล (serosal membrane) เพิ่มขึ้น เกิดการบวมน้ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีน้ำคั่งในช่องปอด (plural effusion) เกิด อาการหายใจลำบาก

10. ปาก/คอแห้ง จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่าความถี่ของอาการเกิดขึ้นได้และรุนแรง น้อย มีการรบกวนชีวิตประจำวันน้อย จากพยาธิสภาพจะมีระดับของยูเรียไนโตรเจน และครีตินิน ใน กระแสเลือดสูง เมื่ออัตราการกรองของไตเหลือน้อยกว่าร้อยละ 40 การคั่งคั่งของยูเรีย ค่า ยูเรีย ไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 จะทำให้ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ซีด เลือดออกในลำไส้ ยูเรียที่คั่งคั่งมากจะซึมออกมาตามผิวหนัง เมื่อแห้งแล้วจะเป็น ขี้เกลือ (uremic frost) ยูเรียที่ดูดซึมในลำไส้จะถูกเปลี่ยนเป็นแอมโมเนีย และถูก ดูดกลับเข้าสู่ กระแสเลือด ทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นปัสสาวะ (uremic odor) การรับรสของลิ้น

เสีย มีอาการปากแห้ง คอแห้ง ซึ่งอธิบายได้ว่าการคั่งคั่งของยูเรียมากจะทำให้ซึมออกมาตามผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ ทำให้ความชุ่มชื้นของเยื่อต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้เกิด อาการปากแห้ง/คอแห้ง

11. ขากระตุก จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับ น้อย ยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 และค่า serum calcium เฉลี่ยเท่ากับ 8.24 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.70 จากพยาธิสภาพ เกิดจากการสะสมสารพิษของยูรีเมีย (uremia toxin) และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลิตที่แบ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางระบบประสาทส่วนปลาย อาการแสดงถึงความผิดปกติของ ระบบประสาทส่วนกลางในระยะท้าย ๆ คือ มือสั่นเมื่อตั้งมือขึ้น (asterixis) ความรู้สึกตัวลดลง สับสน กล้ามเนื้อกระตุก (muscle fasciculation) และ myoclonus (Kambampati, Wasim, Kukkar, Awad & Malik, 2020)

ซึ่งอธิบายได้ว่าการคั่งคั่งของยูเรียมากจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางส่งผลทำให้เกิด กล้ามเนื้อกระตุก (myoclonus)

12. ท้องผูก จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับ น้อย จากการขับของเสียลดลง เกิดการคั่งของประจุออนลบ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ carbon dioxide เฉลี่ยเท่ากับ 21.41 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ร่างกายสะสมกรดมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนักเริ่มแรก จะมีอาการ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ลิ้นมีรสเผื่อน ท้องผูก มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหาร และมีแผลในลำไส้ (Garlapati, Gajjar, Then & Gayam, 2021) ซึ่งอธิบายได้ว่าการคั่งคั่งของยูเรียมาก มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น เกิดอาการ ท้องผูก

13. อาการคัน/ผิวหนังแห้ง จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง ค่า ยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.60 และค่า serum phosphate เฉลี่ยเท่ากับ 6.25 mEq/ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.23 จากพยาธิสภาพผิวหนังของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีลักษณะของผิวหนังคือ ผิวสีเหลืองปนเทา ซีด เกิดจากภาวะโลหิตจาง และมีสารยูโรโครม (urochrome) และมีเกลื้อยูเรีย (uremic frost) เกาที่ผิวหนังมีการลดลงของต่อมเหงื่อ และต่อมน้ำมันทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ ผิวหนังแห้ง มีแคลเซียมฟอสเฟตที่ผิวหนัง ทำให้มีอาการคัน ร่วมกับมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดจ้ำเลือดได้ง่าย มีอาการบวม และนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย (Swarna et al., 2019) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีเกิดจากภาวะโลหิตจาง และมีสารยูโรโครม (urochrome) และมีเกลื้อยูเรีย (uremic frost) เกาที่ผิวหนังมีการลดลงของต่อมเหงื่อ และต่อมน้ำมันทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ ผิวหนังแห้ง

14. ซึมเศร้า/เครียด จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบความรุนแรงของอาการซึมเศร้า/เครียด นั้น อยู่ในระดับน้อย เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ หรือภาวะเครียด พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต รู้สึกไร้อำนาจจากการควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทหน้าที่ สูญเสียภาพลักษณ์ อาชีพการงาน วิถีชีวิต ที่เปลี่ยนไป และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ ปัญหาทางการงาน และความสัมพันธ์ในสังคมได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความถี่ของอาการซึมเศร้าที่น้อยจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลหลัก ได้รับการสนับสนุน และกำลังใจจากครอบครัวในการดำเนินชีวิต แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตจึงเป็นเหตุให้เกิด ความเครียดได้เช่นกัน

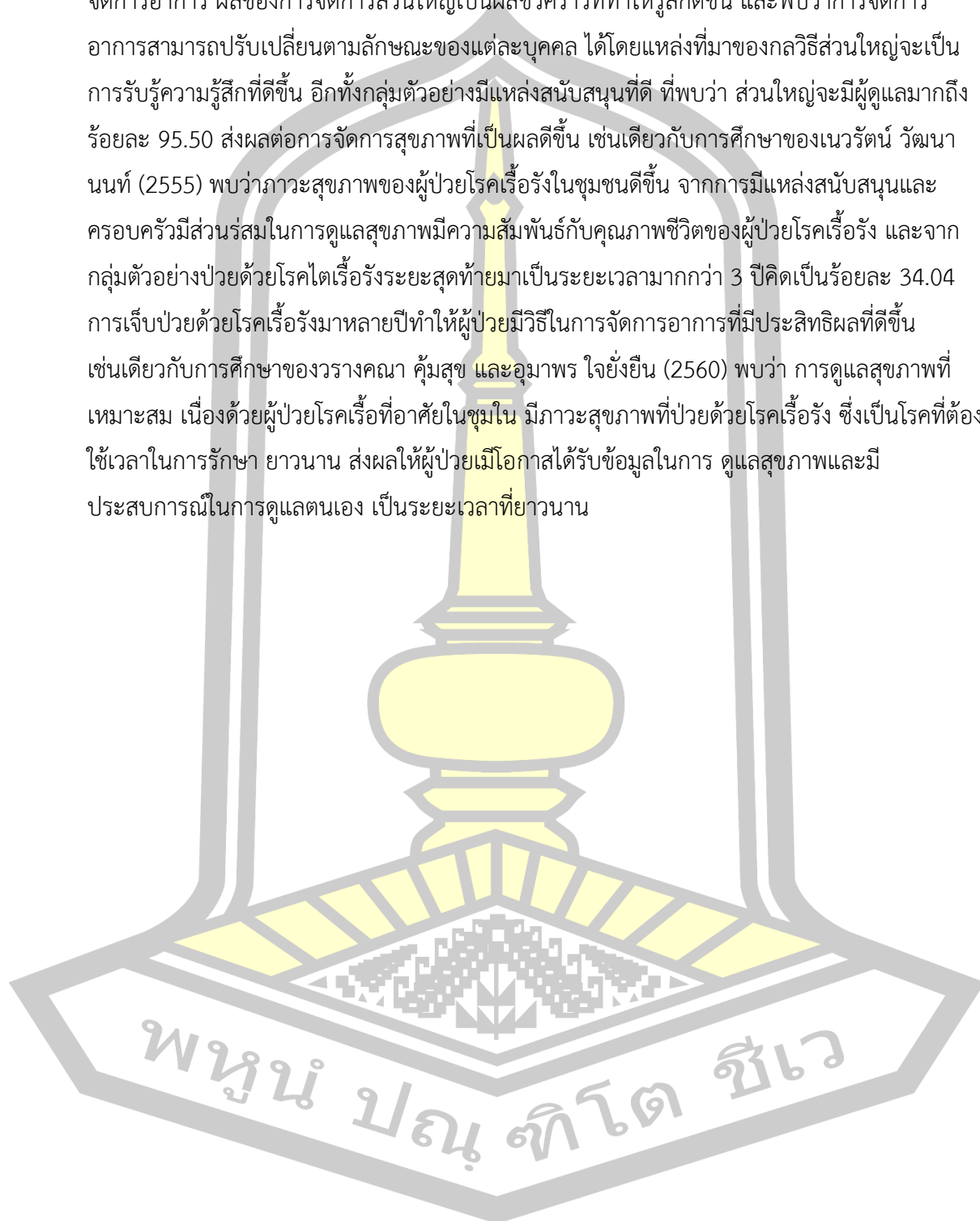
15. ง่วงซึม จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบความรุนแรงของอาการซึมเศร้า/เครียดนั้น อยู่ในระดับน้อย จากการคั่งของของเสียในร่างกายอัตโนมัติ เกิดจากการสะสมสารพิษของยูรีเมีย (uremia toxin) และระดับ ยูเรียไนโตรเจน (BUN) ของกลุ่มตัวอย่าง มีเฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลิตที่แบ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางระบบประสาทส่วนปลาย ดังนี้ (Abboud & Henrich, 2010; Mayer & Hostetter, 2007) ส่งผลต่อความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง จะมีการกดการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงซึม ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความถี่ของอาการง่วงซึม น้อย เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากของเสียคั่งในร่างกาย นำไปสู่การสะสมของยูรีเมียในสมองที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม

16. ท้องเสีย จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบความรุนแรงของอาการซึมเศร้า/เครียดนั้น อยู่ในระดับน้อย ค่า albumin เฉลี่ยเท่ากับ 2.95 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.10 ค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) เฉลี่ยเท่ากับ 86.56 mg/dl ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 59.60 จากพยาธิสภาพโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการคั่งของของเสียนอกจากนี้ปัญหาท้องผูกเกิดขึ้นได้บ่อยเช่นกัน เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติจากโรคทางระบบประสาทจากการคั่งของยูเรีย (uremic neuropathy) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินอาจมีภาวะท้องมานน้ำได้ (ascites) (Mayer & Hostetter, 2007)

ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความถี่ของอาการท้องเสีย ระดับ น้อย อาการท้องเสียเป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากยูเรียในร่างกายสูงมากขึ้น มีการคั่งของน้ำในช่องท้องและลำไส้มีการพองตัว ส่งผลให้เกิด อาการท้องเสีย

ผลการวิจัย กลวิธีการจัดการอาการส่วนใหญ่นิยมใช้การจัดการด้วยตนเอง เมื่อเกิดอาการขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การทำกิจกรรมลดลง การปรับน้ำดื่ม/อาหาร การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ รองลงมาคือ การใช้วิธีการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด/กดจุด การใช้น้ำมัน

สมุนไพรรักษาตามร่างกาย มีการแสวงหาภูมิปัญญาหรือแม้กระทั่งการใช้วิธีบำบัดความคิดมาช่วยในการจัดการอาการ ผลของการจัดการส่วนใหญ่เป็นผลชั่วคราวที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น และพบว่าการจัดการอาการสามารถปรับเปลี่ยนตามลักษณะของแต่ละบุคคล ได้โดยแหล่งที่มาของกลวิธีส่วนใหญ่จะเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่ดีขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนที่ดี ที่พบว่า ส่วนใหญ่จะมีผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 95.50 ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพที่เป็นผลดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของเนวรัตน์ วัฒนานนท์ (2555) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนดีขึ้น จากการมีแหล่งสนับสนุนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปีคิดเป็นร้อยละ 34.04 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาหลายปีทำให้ผู้ป่วยมีวิธีในการจัดการอาการที่มีประสิทธิผลที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวรางคณา คุ่มสุข และอุมพร ใจยังยืน (2560) พบว่า การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยในชุมชน มีภาวะสุขภาพที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเมื่อโอกาสได้รับข้อมูลในการ ดูแลสุขภาพและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน





## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยของสรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดการวิจัย และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 ข้อจำกัดการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลกมลลาไสย อำเภอกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประสบการณ์อาการ 16 อาการ ได้แก่ ในผู้ป่วยไตรระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง และ 3) แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการในผู้ป่วยไตรระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดย การทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ได้ค่าความเที่ยง 0.98

ผลการวิจัยพบว่า

5.1.1 ประสบการณ์อาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความถี่ 2) มิติด้านความรุนแรงของอาการ และ 3) มิติการรบกวนชีวิตประจำวัน จากการศึกษาพบว่า

5.1.2 ความถี่ ใน 1 สัปดาห์ ของอาการผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อย 2) เคลื่อนไหวลำบาก 3) นอนไม่หลับ 4) ปวด/มีนชา 5) หายใจลำบาก 6) วิงเวียน 7) คลื่นไส้/อาเจียน 8) บวมตามร่างกาย 9) เบื่ออาหาร 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง

5.1.3 ความรุนแรงของอาการจากผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก 1) เหนื่อยล้า 2) เคลื่อนไหวลำบาก 3) นอนไม่หลับ 4) หายใจลำบาก 5) ปวด/มีนชา 6) วิงเวียน 7) คลื่นไส้/อาเจียน 8) บวมตามร่างกาย 9) เบื่ออาหาร 10) อาการคัน/ผิวหนังแห้ง

5.1.4 การรบกวนชีวิตประจำวันของอาการจากผลของการศึกษาที่พบ 10 อันดับแรก 1) เหนื่อยล้า 2) นอนไม่หลับ 3) เคลื่อนไหวลำบาก 4) ปวด/มีนชา 5) หายใจลำบาก 6) คลื่นไส้/อาเจียน 7) บวมตามร่างกาย 8) วิงเวียน 9) เบื่ออาหาร 10) ปาก/คอ แห้ง



### 5.1.5 กลวิธีการจัดการอาการ

#### 1) เหนื่อยล้า

ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยล้า ส่วนใหญ่กลวิธีการจัดการอาการ คือ นอนพัก/นั่งพัก ร้อยละ 43.18 รองลงมาคือ นวด/กดจุดและใช้ยาต้ม ยาหอม ร้อยละ 17.04 ปรีกษาแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 11.36 ตามลำดับ สำหรับกลวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า พบว่า กลวิธีการจัดการอาการทุกวิธีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีผลของการจัดการได้ดีขึ้นทุกวิธี

#### 2) คลื่นไส้/อาเจียน

ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน คือ หลีกเลี้ยงอาหาร ที่มีกลิ่นฉุน ร้อยละ 25.88 รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว/ฝาดและจิบน้ำบ่อย ๆ ร้อยละ 17.64 อดน้ำแข็ง ร้อยละ 12 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบรรเทาดีขึ้น

#### 3) นอนไม่หลับ

ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีกลวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับ คือ โดยส่วนใหญ่ จะไม่ได้มีวิธีการจัดการอาการ ร้อยละ 24 รองลงมาคือ การสวดมนต์/ทำสมาธิ/กำหนดลมหายใจ ร้อยละ 21 และการรับประทานยานอนหลับ ร้อยละ 17.85 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการนอนไม่หลับ สามารถจัดการอาการได้ดีขึ้น

#### 4) วิงเวียน

ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการวิงเวียน มีกลวิธีการจัดการ คือ นั่ง/นอน พักผ่อน ร้อยละ 25.00 ใช้ยาต้มแก้วิงเวียน ร้อยละ 16.67 และเปลี่ยนท่าช้าลง ทำกิจกรรมช้าลง ร้อยละ 15.47 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการวิงเวียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น

#### 5) ปวด/มีนชา

ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปวดและมีนชา ส่วนใหญ่กลวิธีการจัดการอาการ คือ การใช้ยานวดภายนอก ร้อยละ 25.61 การประคบสมุนไพร ร้อยละ 20.73 การใช้ผ้ายืด พันชา ร้อยละ 17.07 ซัวยารับประทานเอง ร้อยละ 15.85 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการปวดมีนชาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดและมีนชาดีขึ้น

#### 6) เคลื่อนไหวลำบาก

ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีการจัดการอาการเคลื่อนไหวลำบากโดยวิธีการนวดตามร่างกาย ร้อยละ 25.61 การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดร่างกาย ร้อยละ 19 การใช้ อุปกรณ์ช่วยในการพยุง ร้อยละ 20.73 สำหรับกลวิธีการจัดการอาการเคลื่อนไหวลำบาก พบว่าผลของการจัดการอาการเคลื่อนไหวลำบากสามารถเห็นผลได้ดีขึ้นทั้งหมด

## 7) บวมตามร่างกาย

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการบวมตามร่างกาย ส่วนใหญ่กลวิธีของการจัดการอาการ คือ ลดปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน ร้อยละ 30.86 ไปไม่ทำอะไร 28.39 รับประทานอาหารรสจืด ไม่ปรุงรส ร้อยละ 18.51 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการบวมตามร่างกายได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวมตามร่างกาย

## 8) เบื่ออาหาร

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเบื่ออาหาร มีกลวิธีการจัดการ คือ ไปไม่ทำอะไร ร้อยละ 25 พยายามฝืนรับประทานอาหาร ร้อยละ 22.50 รับประทานอาหารรสเปรี้ยว ร้อยละ 17.50 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการเบื่ออาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวที่ดีขึ้น

## 9) หายใจลำบาก

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีหายใจลำบาก ส่วนใหญ่กลวิธีของการจัดการอาการ คือ นอน/นั่งพักผ่อน ร้อยละ 37.97 ไปไม่ทำอะไร ร้อยละ 22.78 ใช้ผ้าชุบน้ำลูบตามร่างกาย ร้อยละ 13.92 ตามลำดับผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบาก

## 10) ปาก/คอ แห้ง

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปาก/คอแห้ง มีกลวิธีการจัดการ คือ ไปไม่ทำอะไร ร้อยละ 38.75 บ้วนปากบ่อย ๆ ร้อยละ 18.75 จิบน้ำบ่อย ๆ ร้อยละ 13.75 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการปาก/คอแห้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวที่ดีขึ้น

## 11) ชากระดูก

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการชากระดูก มีกลวิธีการจัดการ คือ ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด ร้อยละ 28.37 ใช้ผ้ายืดพันขา ร้อยละ 27.02 นวด/กดจุด ร้อยละ 24.32 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการชากระดูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวที่ดีขึ้น

## 12) ท้องผูก

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการท้องผูก มีกลวิธีการจัดการ คือ รับประทานอาหารรสเปรี้ยว ร้อยละ 14.60 เคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.14 ซึ่ยาระบายมารับประทานเอง ร้อยละ 9.49 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการท้องผูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวที่ดีขึ้น

### 13) อาการคัน/ผิวนิ่งแห้ง

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคัน/ผิวนิ่งแห้ง มีกลวิธีการจัดการ คือ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ในการทำทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 19.45 เช็ดตัวให้พอหมาดและใช้ครีมทา รักษาความชุ่มชื้นทันทีหลังอาบน้ำและสวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่แน่นหรือคับจนเกินไป ร้อยละ 18.06 ทาโลชั่นทาผิว ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการคัน/ผิวนิ่งแห้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวคดีขึ้น

### 14) ซึมเศร้า/เครียด

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าและเครียด มีกลวิธีการจัดการ คือ ฟังธรรมะ ร้อยละ 24.24 ฟังเพลงและพูดคุยกับครอบครัว ร้อยละ 18.20 สวดมนต์ ร้อยละ 15.15 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการซึมเศร้าและเครียดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวคดีขึ้น

### 15) ง่วงซึม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการง่วงซึมมีกลวิธีการจัดการ คือ นอนพักผ่อนมากขึ้น 45.46 ชยับร่างกายเพิ่มขึ้น 24.24 และใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตามร่างกาย ตามลำดับผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการง่วงซึม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดี

### 16) ท้องเสีย

ผลการศึกษารายใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการท้องเสีย มีกลวิธีการจัดการ คือ รับประทานอาหารอ่อน ร้อยละ 65.21 รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุก ร้อยละ 30.43 และปล่อยให้ไม่ทำอะไร 23.08 ตามลำดับ ผลของการจัดการพบว่าทุกวิธีการสามารถจัดการอาการท้องเสีย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น

## 5.2 ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษารายใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบ ประคับประคอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความเฉพาะในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์เท่านั้น ดังนั้นผลการวิจัยจึงเป็นผล การศึกษาเฉพาะของเขตพื้นที่ของอำเภอกมลาไสย

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปแลกเปลี่ยนในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และการจัดการอาการของผู้ป่วย

2) พยาบาลมีความเข้าใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะเรื่องการเผชิญกับอาการที่เกิดจากการดำเนินของโรค จะทำให้พยาบาลเข้าใจวิธีการจัดการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง และความเน้นถึงความสำคัญของการจัดการอาการ

3) การส่งเสริมการจัดการอาการที่ให้ครอบครัว/ผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการอาการ ให้ทราบถึง อาการและการจัดการอาการ

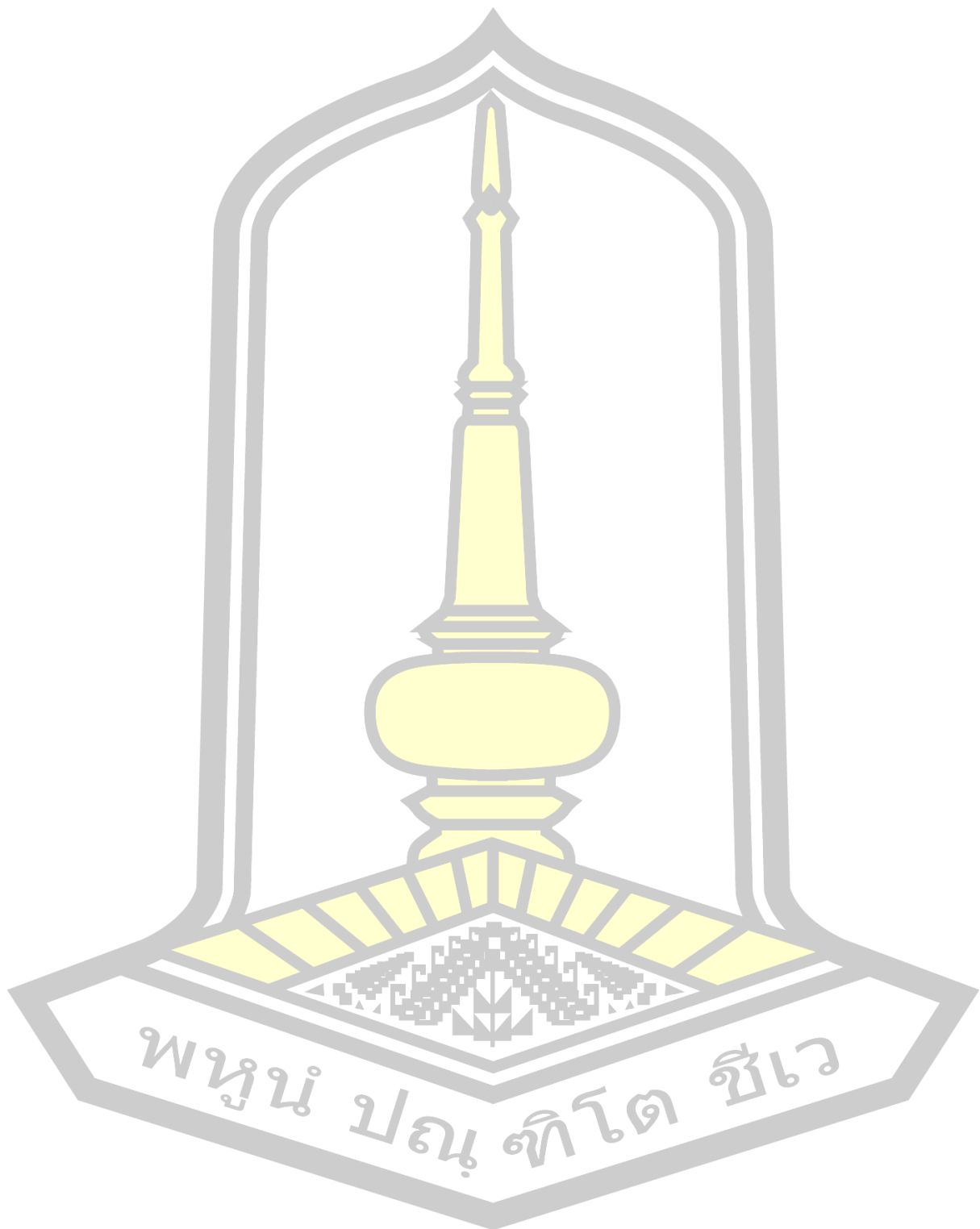
#### 5.3.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำแนวคิดการจัดการอาการไปใช้ในการเรียนการสอนแก่นิสิตและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมิน และนำไปใช้เพื่อการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างครอบคลุม และเป็นหลักในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล

#### 5.3.3 ด้านการวิจัย

ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปศึกษาต่อในการพัฒนาโปรแกรมการดูแล หรือแนวทางในการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งพัฒนารูปแบบในการดูแลที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้เกิดประสิทธิผลต่อบุคคล และนำไปศึกษาต่อในด้วยผลลัพธ์ของการจัดการที่ผู้ป่วยมุ่งหวังในด้านอื่น ๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผลของการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการมีดำรงชีวิตเป็นปกติสุข





บรรณานุกรม





### เอกสารอ้างอิง

- จรีพรรณ เจริญพร. (2550) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุไรรัตน์ ตี๋ขุนทด, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารีย์ กังใจ. (2559). ผลโปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสวดมนต์บัจฉิ์คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 32(1), 15-30.
- ซัชวาล วงศ์สารี. (2558). บทบาทพยาบาลไตเทียมกับการป้องกันและการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารเกื้อการุณย์, 22(2), 30-40.
- ทวี ศิริวงศ์และคณะ. (2551) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), Textbook of Peritoneal Dialysis (หน้า 783-851). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- ธนัยรัตน์ รุ่งพราย. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, สมจิต หนูเจริญกุล, Marylin Dodd, ธวัชชัย วรพงศธร, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และนภดล อัสวเมธา. (2551). กลุ่มอาการและความสามารถในการทำกิจกรรมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 12(3), 153 – 164.
- นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และบัวหลวง สำแดงฤทธิ. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. ราชบัณฑิตยพยาบาลสาร, 21(1), 8 –95.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และอนุชา ไทยวงษ์. (2560). การศึกษากลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีนี, 10(2). 72-86.
- เนาวรัตน์ วัฒนานันท์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- ปฎิวัติ คดีโลก. (2560). การศึกษาประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชญานันท์ แก้วอำไพ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ นพวรรณ พินิจจรเดช. (2563). ประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 26(1), 71-87.
- มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข. (2562). การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์และสังคมศาสตร์. วารสารเครือข่ายพยาบาลและสาธารณสุขสุขภาพใต้, 8(2), 189-204.
- วรางคณา คุ่มสุข และอุมากร ใจยิ่งยี่น. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 36(2). 121-132
- ระบบงานสารสนเทศ โรงพยาบาลกมลาไสย. (2564). สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังไตเรื้อรังระยะที่ 5 ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564. กมลาไสย: โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พ.ศ.2561. เข้าถึงได้จาก [www.nephrothai.org](http://www.nephrothai.org)
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK. Retrieved from สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4768?locale-attribute=th>
- สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. (2564). ตัวชี้วัดของจังหวัดกาฬสินธุ์ สถิติโรคเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก <http://kalasin.nso.go.th/>
- สิริกาญจน์ หาญรบ, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ และสุชาย ศรีทิพยวรรณ,. (2015). ประสบการณ์มีอาการ กลวิธีจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง. Journal of Nursing Science, 33(4), 65-75.
- สุกัญญา จ้อยกล้า. (2550). การศึกษาอาการที่พบบ่อยการประเมินอาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อนุชา ไทยวงษ์. และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2560). กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขสุขภาพใต้, 5(2), 175-188

- อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 120-128.
- Thailand Renal Replacement Therapy committee. (2012). Human resources of RRT centers. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nephrothai.org/wpcontent/uploads/2020/08/thailand\\_renalreplacement\\_therapy\\_2012.pdf](https://www.nephrothai.org/wpcontent/uploads/2020/08/thailand_renalreplacement_therapy_2012.pdf)
- Almutary, H., Bonner, A., & Douglas, C. (2016). WHICH PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE HAVE THE GREATEST SYMPTOM BURDEN? A COMPARATIVE STUDY OF ADVANCED CKD STAGE AND DIALYSIS MODALITY. *J Ren Care*, 42(2), 73-82. <https://doi.org/10.1111/jorc.12152>
- Axelsson, L., Alvariza, A., Lindberg, J., Öhlén, J., Håkanson, C., Reimertz, H., Fürst, C.-J., & Årestedt, K. (2018). Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), 236-244. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.015>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7(2), 6-9.
- Chaiviboontham S, P. N., Tiansaard J. (2020). Symptom Clusters in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. 13(2), 8. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/IJNRD.S271619>
- Chan, C.-K., Wong, S. S.-H., Ho, E. T.-L., Cheng, Y.-Y., Lam, W.-O., Tang, A. W.-C., & Ho, Y.W. (2010). Supportive Management in Patients With End-stage Renal Disease: Local Experience in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 12(1), 31-36. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1561-5413\(10\)60006-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1561-5413(10)60006-3).
- Davey, C. H., Webel, A. R., Sehgal, A. R., Voss, J. G., & Huml, A. (2019a). Fatigue in Individuals with End Stage Renal Disease. *Nephrol Nurs J*, 46(5), 497-508.
- Davey, C. H., Webel, A. R., Sehgal, A. R., Voss, J. G., & Huml, A. (2019b). Fatigue in Individuals with End Stage Renal Disease. *Nephrology nursing journal* 46(9), 10. <https://doi.org/http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7047987>.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaszkowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Drüeke, T. B., & Massy, Z. A. (2022). Vascular calcification in chronic kidney disease: contribution of ferroptosis? *Kidney International*, 102(6), 1209-1211.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.08.031>
- Flythe, J. E., Karlsson, N., Sundgren, A., Cordero, P., Grandinetti, A., Cremisi, H., & Rydén, A. (2021). Development of a preliminary conceptual model of the patient experience of chronic kidney disease: a targeted literature review and analysis. *BMC Nephrol*, 22(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02440-9>
- Garlapati, P., Gajjar, B., Then, E. O., & Gayam, V. (2021). End-stage renal disease and lower gastrointestinal bleeding-A propensity-matched analysis of nationwide inpatient sample. *Int J Clin Pract*, 75(2), e13633.  
<https://doi.org/10.1111/ijcp.13633>
- Grace Enoma, D. N., Emilia Iwu, Ednah Madu, Assumpta Ekeh, Ruth Ifediora. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence - Seventh edition* Grove Susan K *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (2013/04/03 ed., Vol. 27).  
<https://doi.org/10.7748/ns2013.04.27.31.30.b1488>
- Ikee, R., Sasaki, N., Yasuda, T., & Fukazawa, S. (2020). Chronic Kidney Disease, Gut Dysbiosis, and Constipation: A Burdensome Triplet. *Microorganisms*, 8(12), 1862. <https://www.mdpi.com/2076-2607/8/12/1862>
- Kambampati, S., Wasim, S., Kukkar, V., Awad, V. M., & Malik, B. H. (2020). Restless Leg Syndrome in the Setting of Patients With End-Stage Renal Disease on Hemodialysis: A Literature Review. *Cureus*, 12(8), e9965-e9965.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.9965>
- Lam, D. Y., Scherer, J. S., Brown, M., Grubbs, V., & Schell, J. O. (2019). A Conceptual Framework of Palliative Care across the Continuum of Advanced Kidney Disease. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 14(4), 635-641. <https://doi.org/10.2215/CJN.09330818>

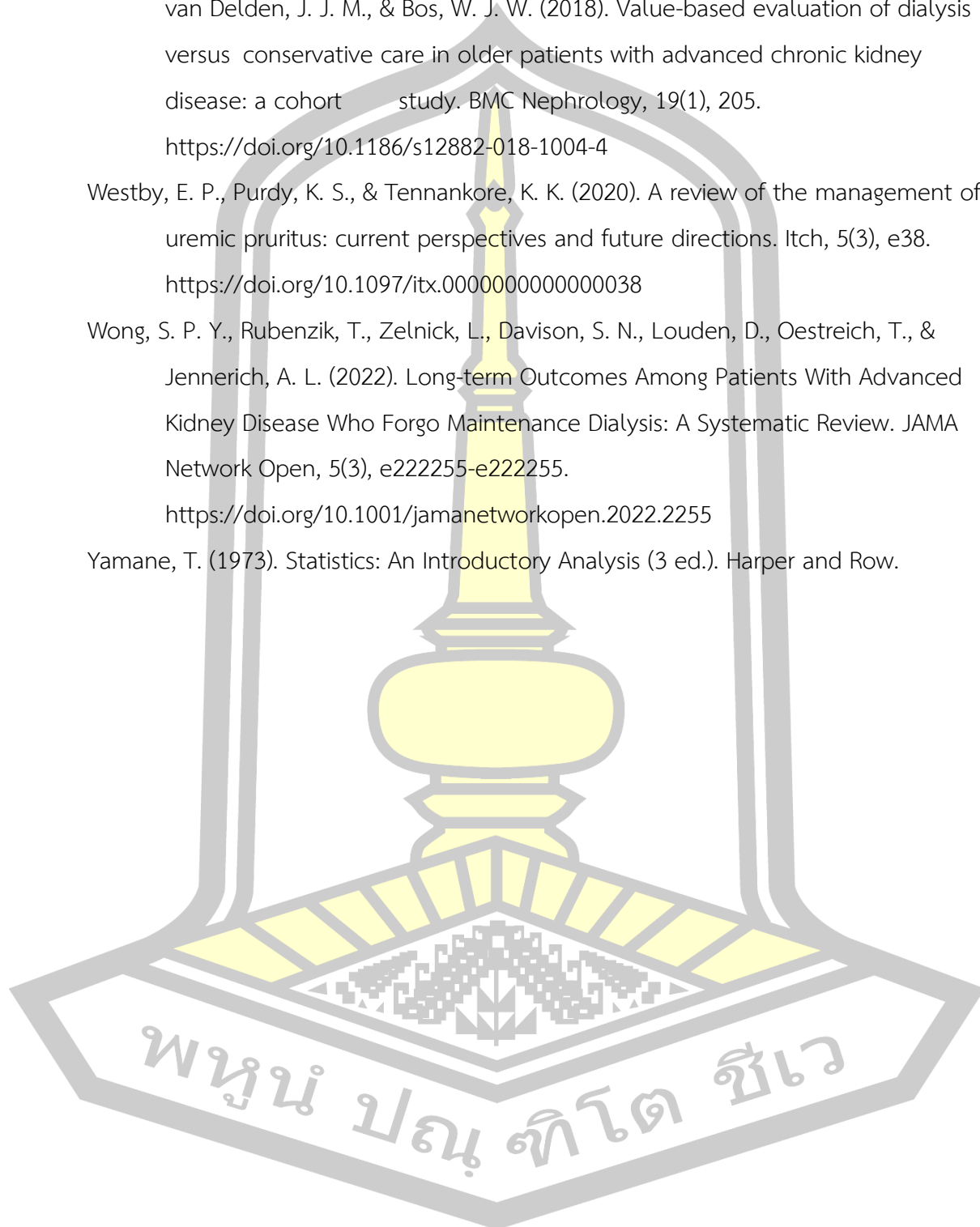
- Lee, S. J., & Jeon, J. (2015). Relationship between symptom clusters and quality of life in patients at stages 2 to 4 chronic kidney disease in Korea. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 28(4), e13-19. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.004>
- Li, H., Xie, L., Yang, J., & Pang, X. (2018). Symptom burden amongst patients suffering from end-stage renal disease and receiving dialysis: A literature review. *International journal of nursing sciences*, 5(4), 427-431. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.010>
- Lindner, A. V., Novak, M., Bohra, M., & Mucsi, I. (2015). Insomnia in Patients With Chronic Kidney Disease. *Semin Nephrol*, 35(4), 359-372. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2015.06.007>
- Lockwood, M. B., Chung, S., Puzantian, H., Bronas, U. G., Ryan, C. J., Park, C., & DeVon, H. A. (2019). Symptom Cluster Science in Chronic Kidney Disease: A Literature Review. *West J Nurs Res*, 41(7), 1056-1091. <https://doi.org/10.1177/0193945918808766>
- Mahato, S. K. S., Apidechkul, T., Sriwongpan, P., Hada, R., Sharma, G. N., Nayak, S. K., & Mahato, R. K. (2020). Factors associated with quality of life among chronic kidney disease patients in Nepal: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01458-1>
- Massy, Z. A., Chesnaye, N. C., Larabi, I. A., Dekker, F. W., Evans, M., Caskey, F. J., Torino, C., Porto, G., Szymczak, M., Drechsler, C., Wanner, C., Jager, K. J., & Alvarez, J. C. (2022). The relationship between uremic toxins and symptoms in older men and women with advanced chronic kidney disease. *Clin Kidney J*, 15(4), 798-807. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfab262>
- Mettang, T., & Kremer, A. E. (2015). Uremic pruritus. *Kidney Int*, 87(4), 685-691. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.454>
- Moore, C., Santhakumaran, S., Martin, G. P., Wilkinson, T. J., Caskey, F. J., Magadi, W., Gair, R., Smith, A. C., Wellsted, D., & van der Veer, S. N. (2022). Symptom clusters in chronic kidney disease and their association with people's ability to perform usual activities. *PLoS One*, 17(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264312>

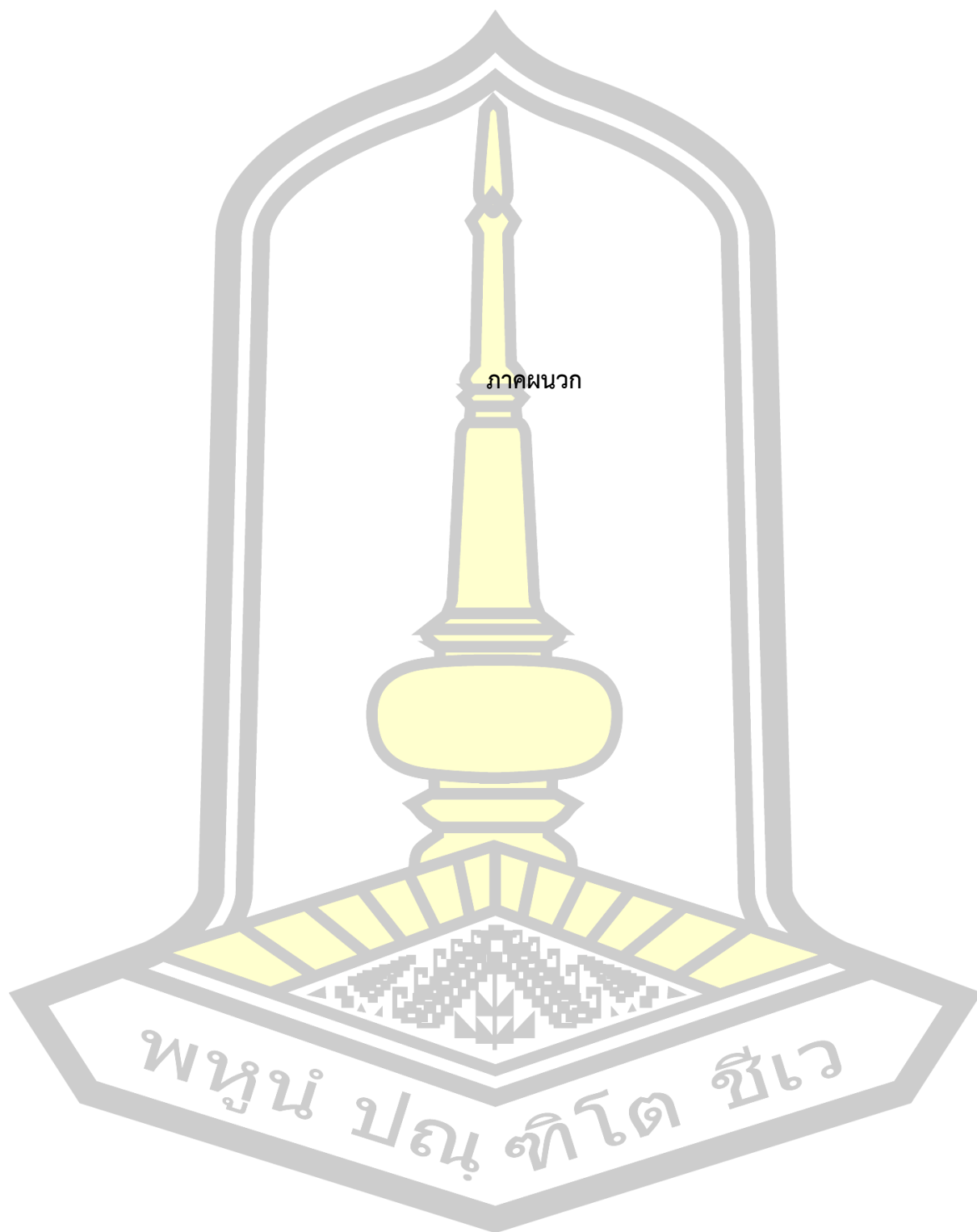
- Murphy, E. L., Murtagh, F. E., Carey, I., & Sheerin, N. S. (2009). Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. *Nephron Clinical Practice*, 111(1), c74-80. <https://doi.org/10.1159/000183177>
- Nair, D., Bonnet, K., Wild, M. G., Umeukeje, E. M., Fissell, R. B., Faulkner, M. L., Bahri, N. S., Bruce, M. A., Schlundt, D. G., Wallston, K. A., & Cavanaugh, K. L. (2021). Psychological Adaptation to Serious Illness: A Qualitative Study of Culturally Diverse Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. *J Pain Symptom Manage*, 61(1), 32-41.e32. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>
- Ng, Marques & So, Winnie & Wong, Cho Lee & Hui, Yun & Ho, Eva & Choi, Kai & Cooper, Bruce & Miaskowski, Christine. (2019). Stability and Impact of Symptom Clusters in Patients With End-Stage Renal Disease Undergoing Dialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 59. [10.1016/j.jpainsymman.2019.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.013).
- Ng, Marques & Wong, Cho Lee & Ho, Eva & Hui, Yun & Miaskowski, Christine & So, Winnie. (2020). Burden of Living with Multiple Concurrent Symptoms in Patients with End-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*. 29. [10.1111/jocn.15282](https://doi.org/10.1111/jocn.15282).
- O'Connor, N. R., & Corcoran, A. M. (2012). End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. *Am Fam Physician*, 85(7), 705-710.
- Podkowinska, A., & Formanowicz, D. (2020). Chronic Kidney Disease as Oxidative Stress- and Inflammatory-Mediated Cardiovascular Disease. *Antioxidants (Basel)*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/antiox9080752>
- Rao, S. R., Vallath, N., Siddini, V., Jamale, T., Bajpai, D., Sancheti, N. N., & Rangaswamy, D. (2021). Symptom Management among Patients with Chronic Kidney Disease. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(21), 14. [https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc\\_69\\_21](https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_69_21)
- Raouf, M., Bettinger, J., Wegrzyn, E. W., Mathew, R. O., & Fudin, J. J. (2020). Pharmacotherapeutic Management of Neuropathic Pain in End-Stage Renal Disease. *Kidney Dis (Basel)*, 6(3), 157-167. <https://doi.org/10.1159/000504299>

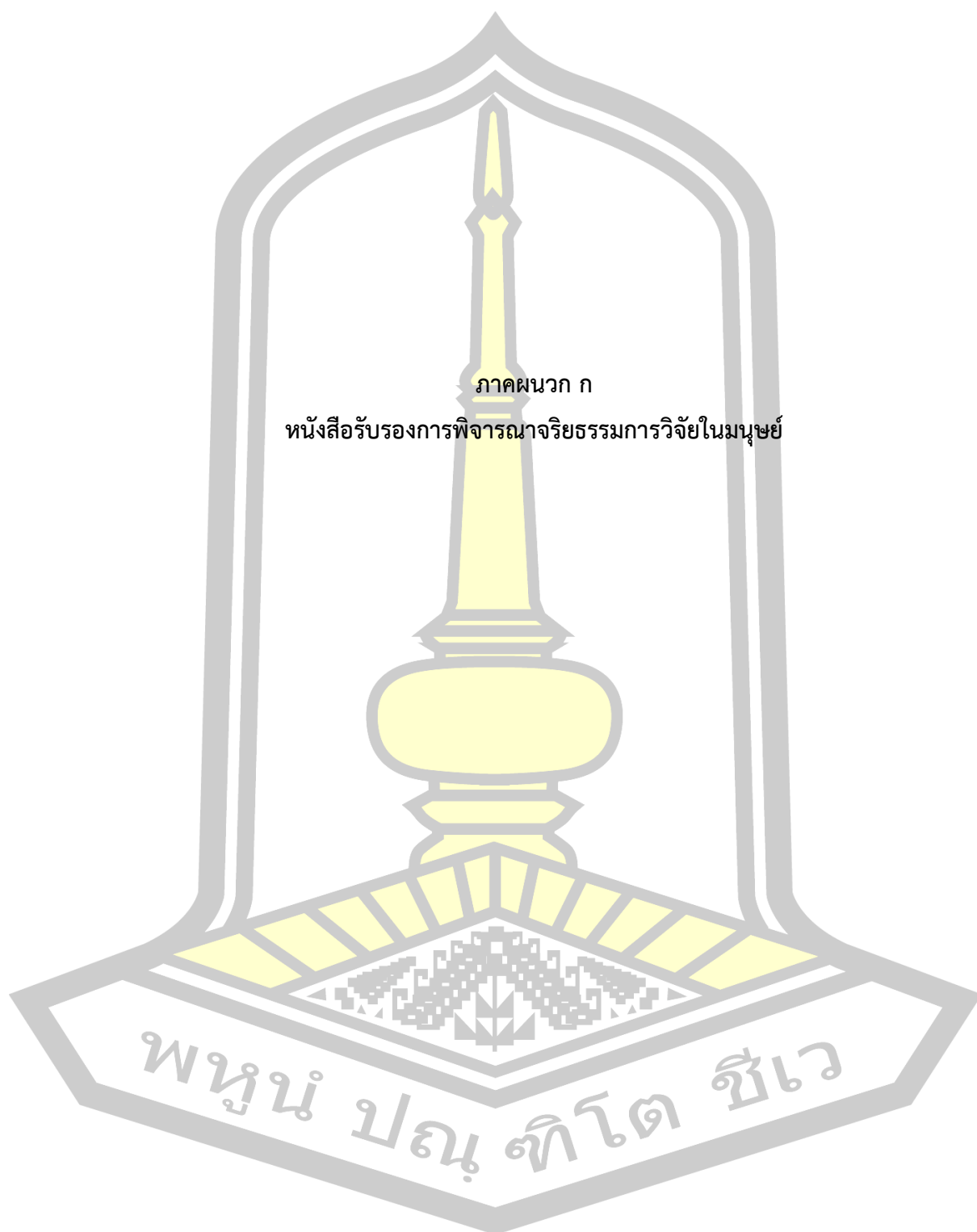


- Rosner, M. H., Reis, T., Husain-Syed, F., Vanholder, R., Hutchison, C., Stenvinkel, P., Blankestijn, P. J., Cozzolino, M., Juillard, L., Kashani, K., Kaushik, M., Kawanishi, H., Massy, Z., Sirich, T. L., Zuo, L., & Ronco, C. (2021). Classification of Uremic Toxins and Their Role in Kidney Failure. *Clin J Am Soc Nephrol*, 16(12), 1918-1928. <https://doi.org/10.2215/cjn.02660221>
- Roy, P. J., Weltman, M., Dember, L. M., Liebschutz, J., & Jhamb, M. (2020). Pain management in patients with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 29(6), 671-680. <https://doi.org/10.1097/mnh.0000000000000646>
- Silva, I. B., Barbosa, J. B. N., Araújo, A. X. P., & Marinho, P. E. M. (2021). Effect of an exercise program with blood flow restriction on the muscular strength of patients with chronic kidney disease: A randomized clinical trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 28, 187-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.06.022>
- Suandika, M., Tang, W.-R., Fang, J.-T., Tsai, Y.-F., Weng, L.-C., Tsai, P.-K., Ulfah, M., & Yanti, L. (2021). The Effect of Acupressure on Anxiety and Depression Patients With ESRD Who are Undergoing Hemodialysis. <https://doi.org/10.2991/ahsr.k.210127.019>
- Swarna, S. S., Aziz, K., Zubair, T., Qadir, N., & Khan, M. (2019). Pruritus Associated With Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*, 11(7), e5256-e5256. <https://doi.org/10.7759/cureus.5256>
- Tu, C. Y., Chou, Y. H., Lin, Y. H., & Huang, W. L. (2019). Sleep and emotional disturbance in patients with non-dialysis chronic kidney disease. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 119(6), 984.
- Valerie A Luyckx, M. T., John W Stanifer. (2018). The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*, 96(6), 414-422d. <https://doi.org/10.2471/blt.17.206441>

- Verberne, W. R., Dijkers, J., Kelder, J. C., Geers, A. B. M., Jellema, W. T., Vincent, H. H., van Delden, J. J. M., & Bos, W. J. W. (2018). Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. *BMC Nephrology*, 19(1), 205.  
<https://doi.org/10.1186/s12882-018-1004-4>
- Westby, E. P., Purdy, K. S., & Tennankore, K. K. (2020). A review of the management of uremic pruritus: current perspectives and future directions. *Itch*, 5(3), e38.  
<https://doi.org/10.1097/itx.0000000000000038>
- Wong, S. P. Y., Rubenzik, T., Zelnick, L., Davison, S. N., Loudon, D., Oestreich, T., & Jennerich, A. L. (2022). Long-term Outcomes Among Patients With Advanced Kidney Disease Who Forgo Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *JAMA Network Open*, 5(3), e222255-e222255.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.2255>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3 ed.). Harper and Row.







ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พูน ปณ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 355-359/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Symptom Experiences, Symptom Management and Outcomes of Management among End Stage Renal Disease Patient with Palliative care.

ผู้วิจัย : นางสาวปิยพร พรพนม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 7 พฤศจิกายน 2565

วันหมดอายุ : 6 พฤศจิกายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

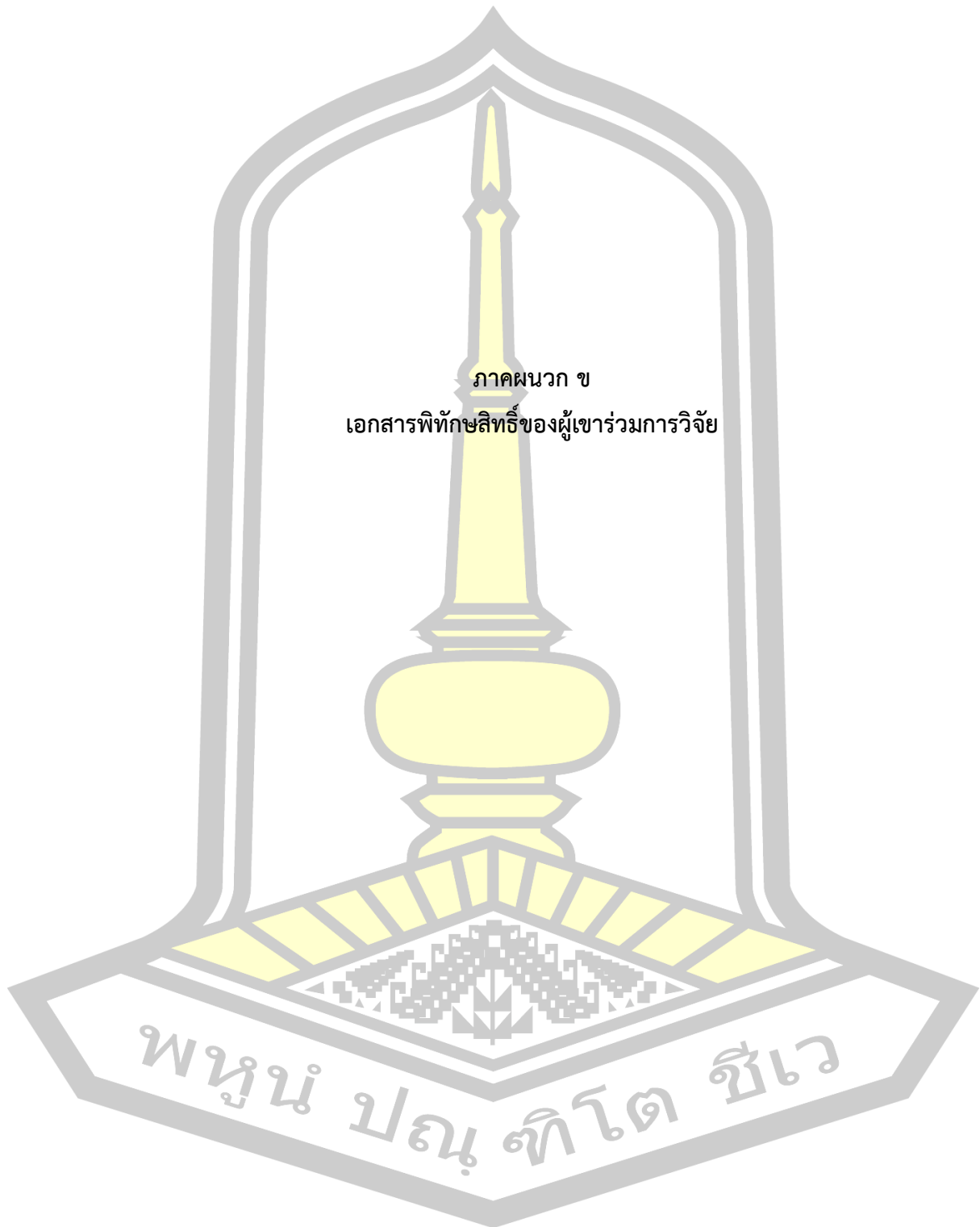
ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีษกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





## เอกสารคำชี้แจงและพินัยกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมวิจัย

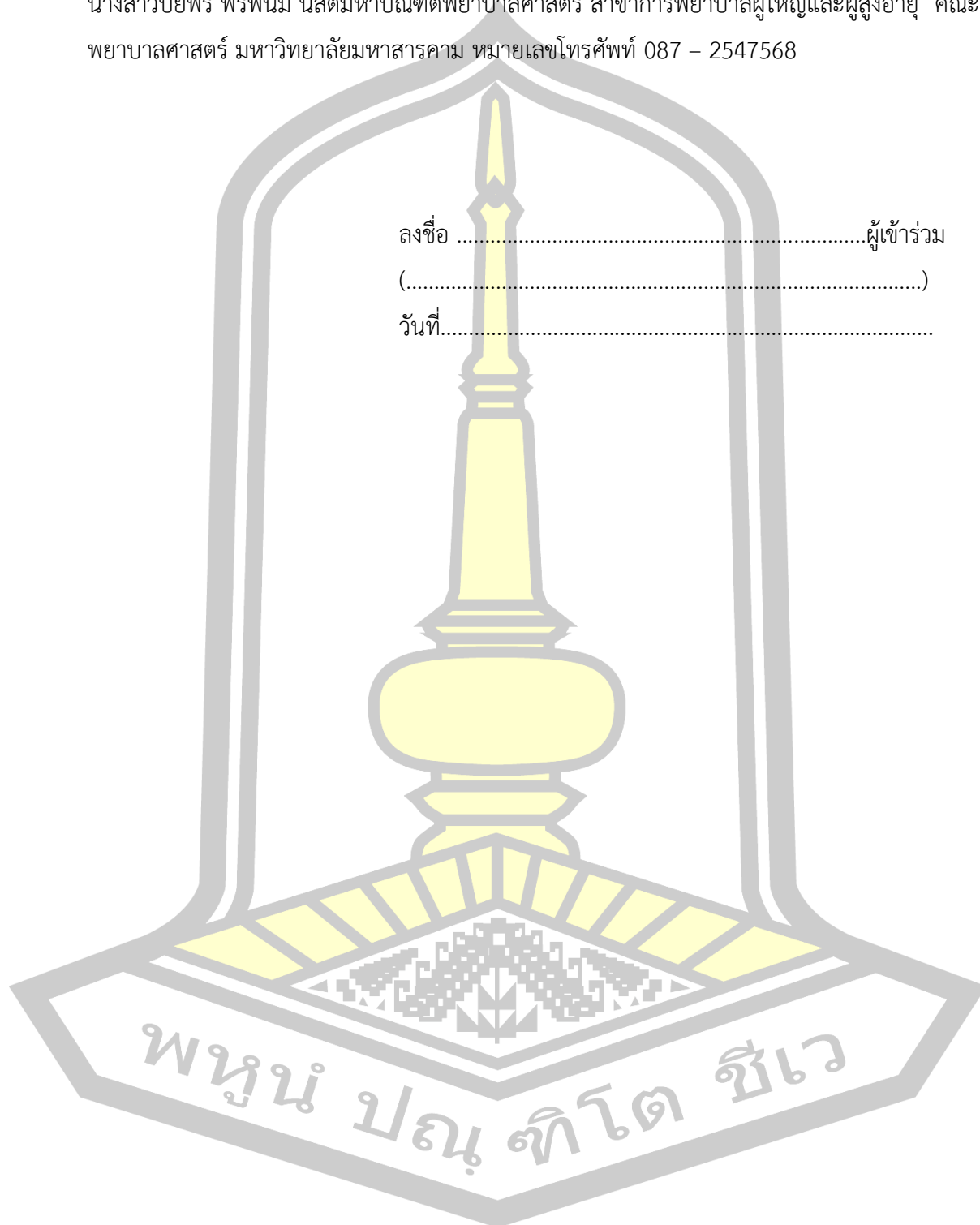
เรียนท่านผู้เข้าร่วมวิจัย ดิฉันนางสาวปิยพร พรพนม เป็นนิสิตพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลัง ศึกษาวิจัยเรื่อง ประสพการอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีความสำคัญในการใช้ เป็นแนวทางในการวางแผนในการพยาบาล ส่งเสริมการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อลดความความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อพัฒนางานวิจัยให้ผู้ป่วย ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองใช้ชีวิตได้อย่างตามปกติสุข

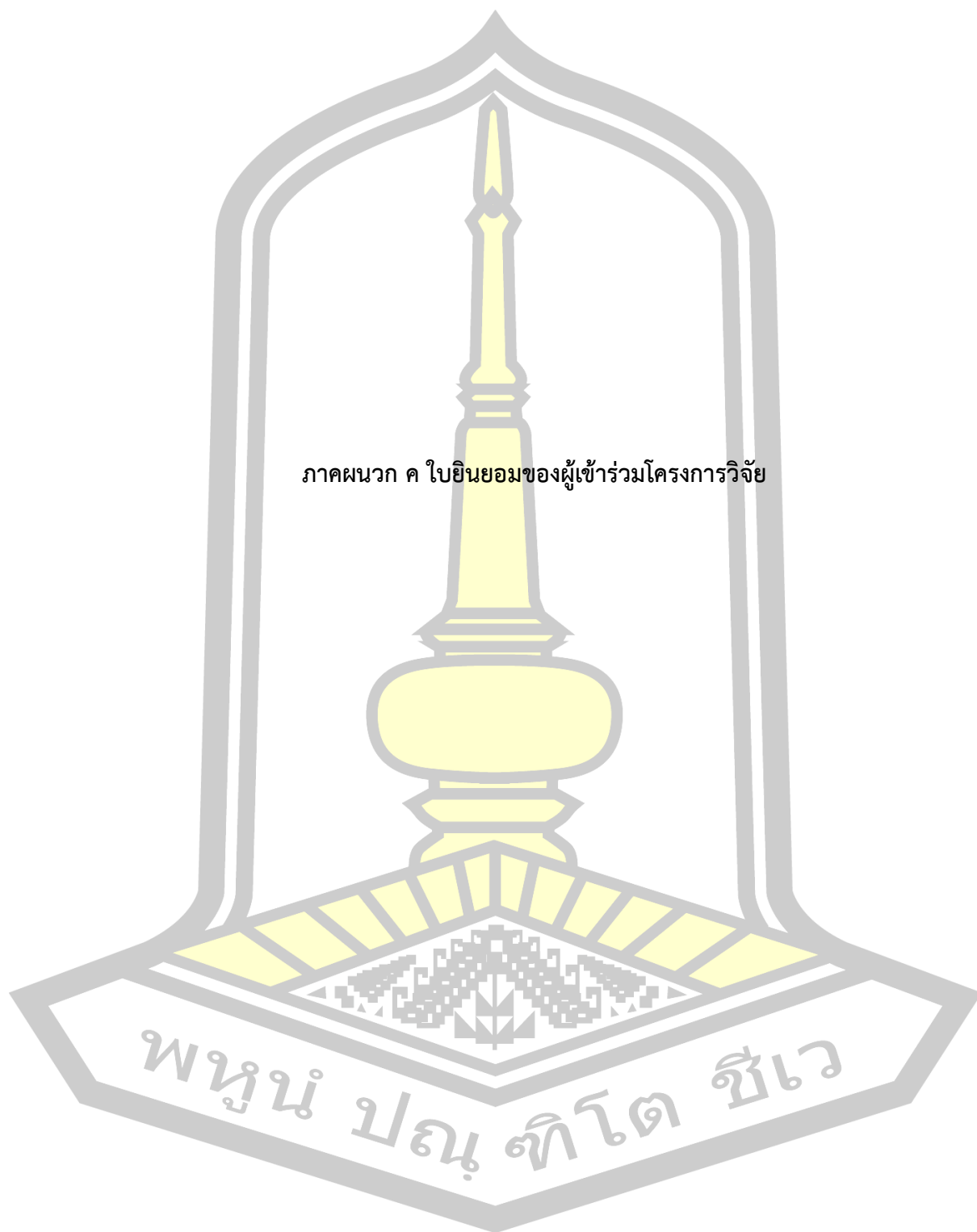
หากท่านตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ตาม ความเป็นจริง จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์ประสพการณ์อาการ 3) แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการ รวมทั้งหมด 41 ข้อคำถาม และ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษาจำนวน 9 ข้อคำถาม โดยในแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 – 45 นาที หากไม่เข้าใจหรือเกิดข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายรายละเอียดได้ทุกเมื่อในขณะที่เข้าร่วมวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย และการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยฉบับนี้เป็นเพื่อการตอบคำถาม เพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อชีวิต/ทรัพย์สินจึงไม่มีโอกาส เกิดขึ้น อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาส่วนตัว ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดต่อการตอบคำถาม บางข้อ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามที่ไม่สะดวกใจได้ หรือหากท่านมีอาการเหนื่อยล้า หรืออาการ ผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการตอบคำถาม โดยเบื้องต้นผู้วิจัยจะยุติการสอบถาม และหาก พบว่ามีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเบื้องต้นจะได้รับการพยาบาล และรายงาน ความผิดปกติต่อแพทย์ เพื่อการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้มีการติดตาม ประเมินอาการจนกระทั่งทุเลา

ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการศึกษาครั้งนี้เป็นสิ่งที่คุณค่าอย่างยิ่ง โดยข้อมูลของท่านผู้ศึกษา จะเก็บเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยใน ภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น และท่านสามารถที่จะไม่ตอบแบบสอบถามนี้ โดยไม่ต้องบอก เหตุผลแก่ผู้วิจัย และจะไม่เกิดการเสียผลประโยชน์แก่ท่านแต่อย่างใด หากท่านมีข้อสงสัยประการใด

เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ท่านสามารถซักถามผู้วิจัยจนเข้าใจ หรือสามารถติดต่อได้ที่  
นางสาวปิยพร พรพนม นิสิตมหาบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 087 - 2547568





ภาคผนวก ค ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต สีเว

### แบบยินยอมสำหรับเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านและ  
 ได้รับการอธิบายจากนางสาวปิยพร พรพนม เกี่ยวกับการกับการตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับ**ประสบ  
 การ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ  
 สุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง** จนมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลา  
 การศึกษา ขั้นตอน วิธีการศึกษา ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมจากการ  
 ตอบแบบสอบถาม และประโยชน์ที่ได้รับแล้วมีความยินดีและพอใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้  
 และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่มี  
 สิทธิพิเศษใดๆเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต

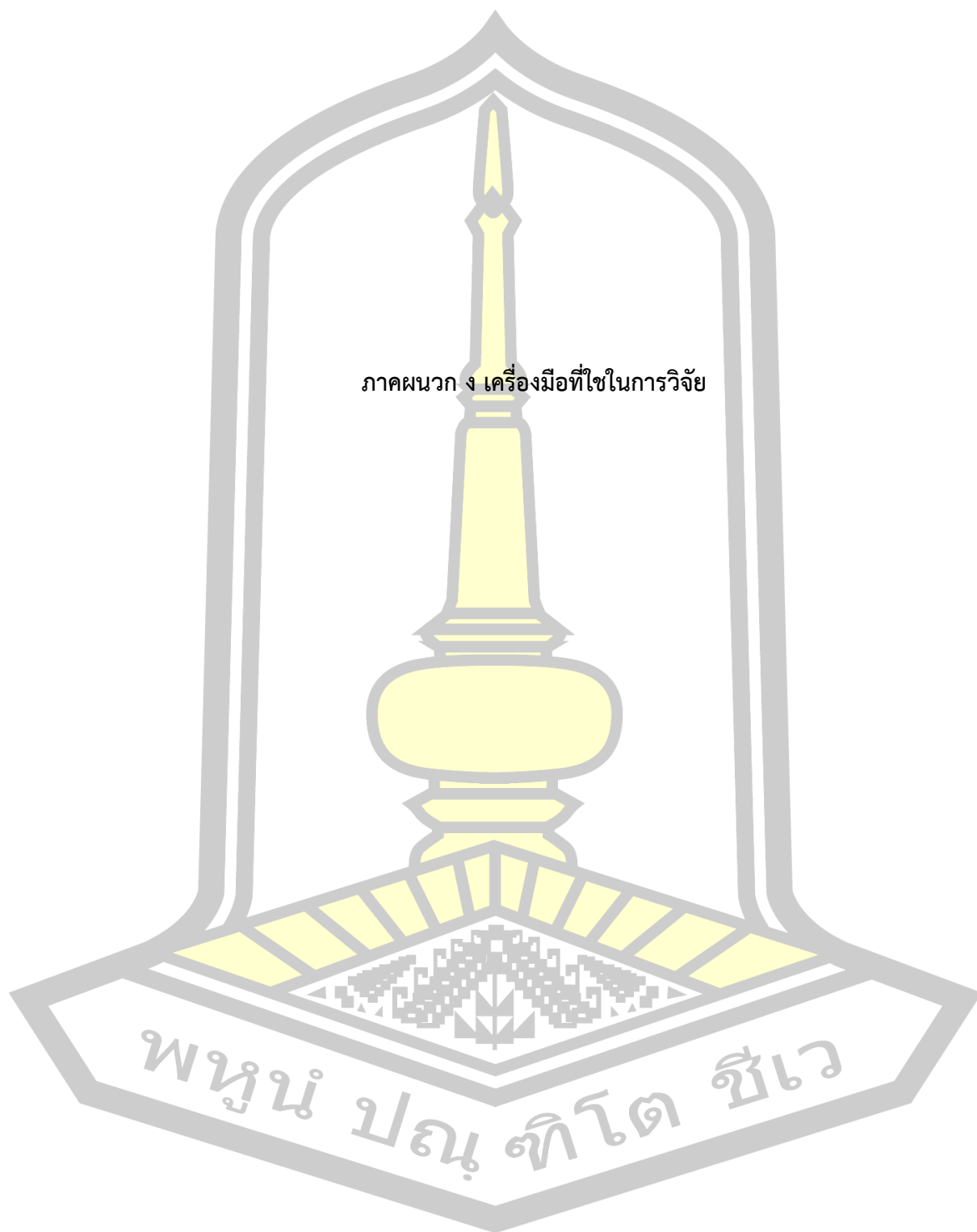
จึงลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของการตอบแบบสอบถามคั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....





ภาคผนวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุ ประจักษ์ วิทยา

### แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง

คำชี้แจง คำตอบที่ได้จากการตอบจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ทั้งสิ้น  
โปรดตอบคำถามความเป็นจริง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

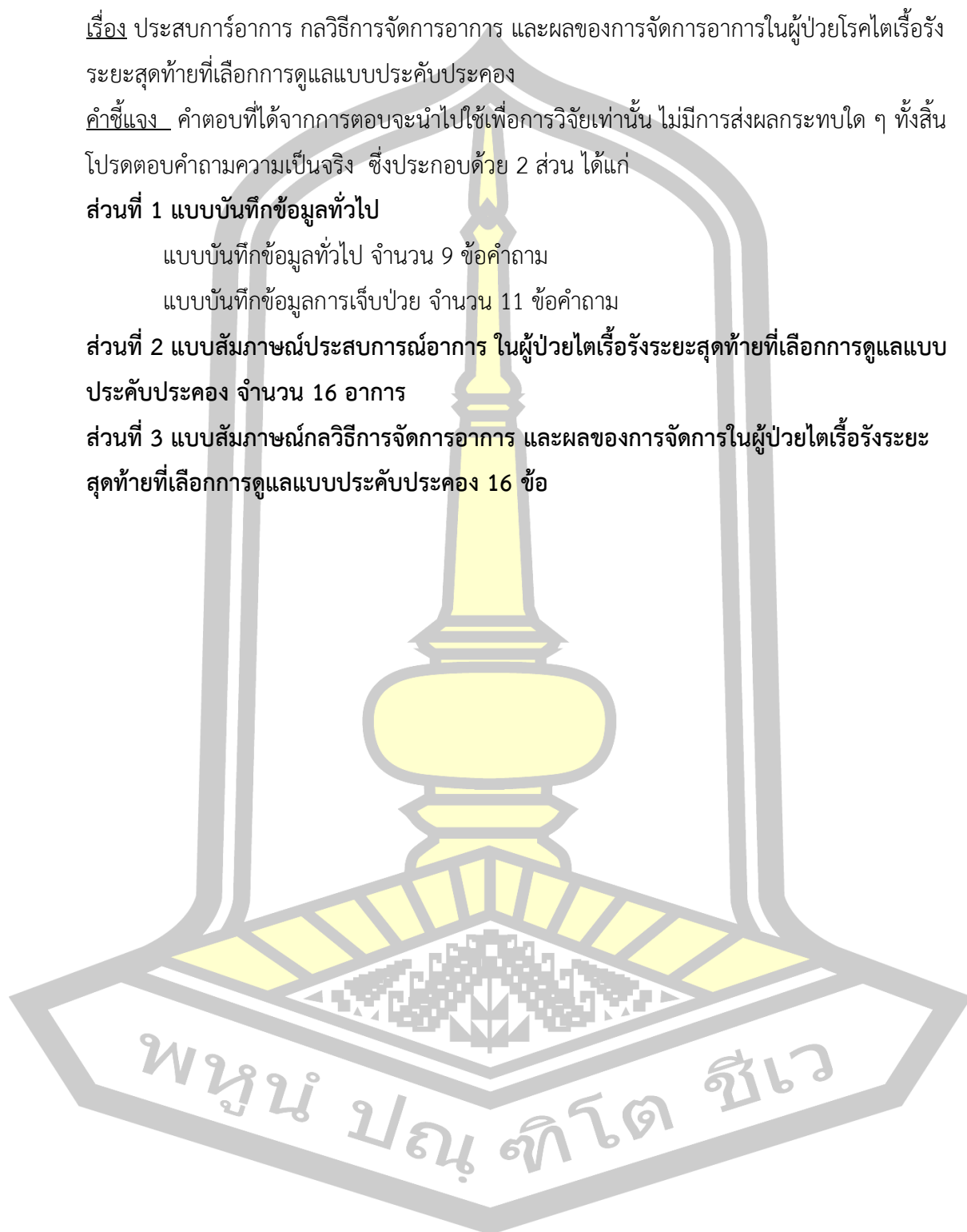
#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อคำถาม

แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 11 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ  
ประคับประคอง จำนวน 16 อาการ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ  
สุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง 16 ข้อ





## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกันตามข้อมูลความเป็นจริง

### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

อายุ.....ปี

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

สถานภาพ ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก

ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ

( ) 1. ไม่มีงานทำ/ว่างงาน

( ) 2. รับจ้างทั่วไป

( ) 3. เกษตรกรรม

( ) 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 5. พนักงานบริษัท/โรงงาน

( ) 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

( ) 7. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

( ) 8. อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

ความเพียงพอของรายได้

( ) 1. เพียงพอเหลือเก็บ

( ) 2. เพียงพอไม่เหลือเก็บ

( ) 3. ไม่เพียงพอ

ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมตอนต้น

( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) 5. ปวส./อนุปริญญา

( ) 6. ปริญญาตรี

( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี

สิทธิในการรักษา

( ) 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

( ) 2. ประกันสังคม

( ) 3. ประกันชีวิต

( ) 4. สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 5. เสียค่ารักษาเอง

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

บุคคลผู้ดูแลท่านเป็นหลัก

( ) ไม่มี

( ) ไม่มี มีผู้ดูแล ระบุความเกี่ยวข้อง.....

## 1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกันตามข้อมูลความเป็นจริง

**ประวัติการรักษา**

ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย .....

เคยเข้ารับการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต ( ) เคย ( ) ไม่เคย

การรักษาบำบัดทดแทนไตที่เลือก ระยะเวลาที่เลือก .....

( ) ไม่ฟอกไตแบบประคับประคอง ( ) การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม

( ) การล้างไตทางหน้าท้อง

( ) การปลูกถ่ายไต

เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองเมื่อวันที่.....

โรคประจำตัวอื่นๆ

( ) ไม่มี

( ) มี ได้แก่ ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) หัวใจ

( ) ระบบทางเดินหายใจ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับค่าของยูเรียไนโตรเจน (BUN) .....

ระดับ serum creatinine .....

ระดับอัตราการกรองของไต (GFR) .....

ระดับค่า Hematocrit .....

ระดับค่า Hemoglobin .....

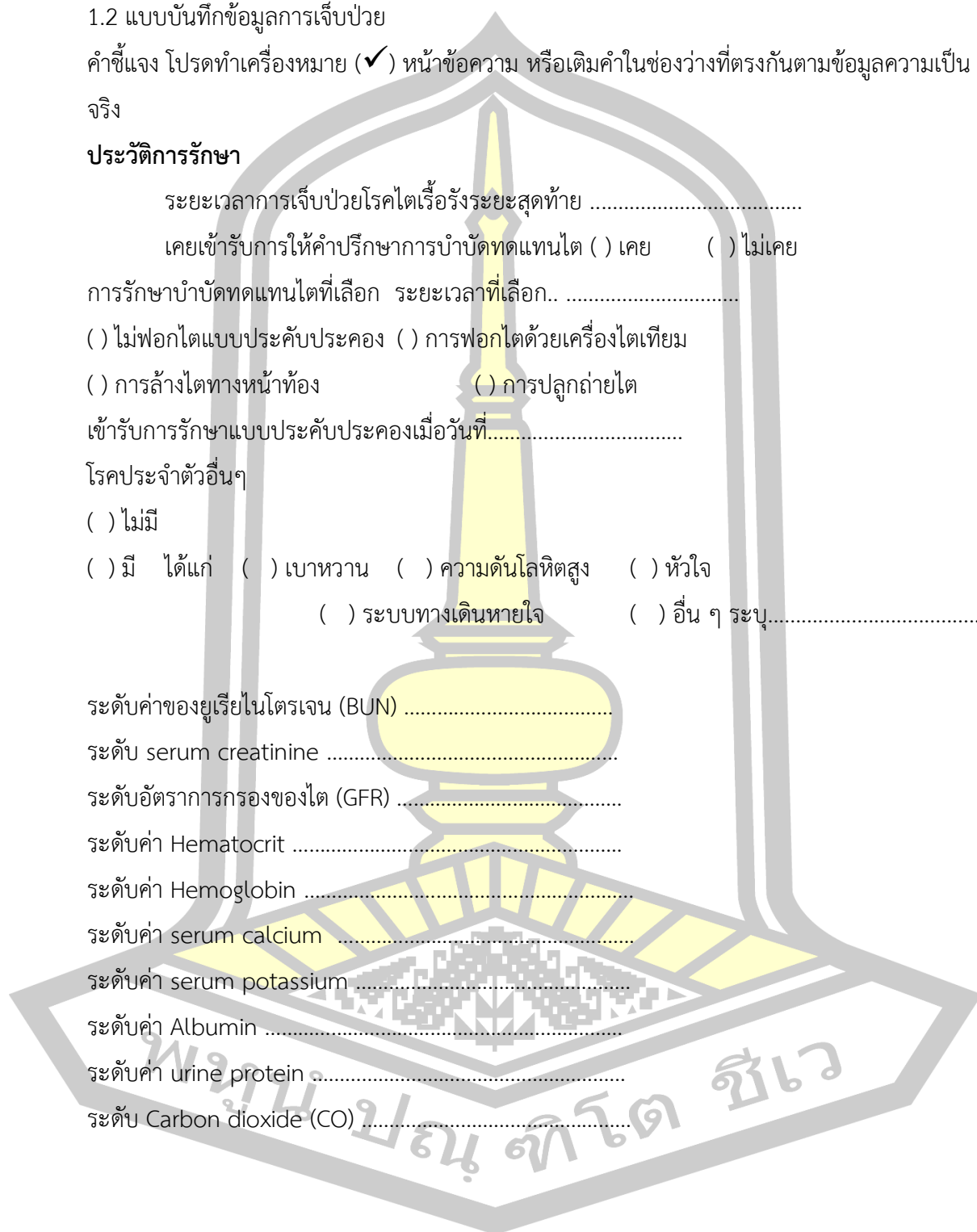
ระดับค่า serum calcium .....

ระดับค่า serum potassium .....

ระดับค่า Albumin .....

ระดับค่า urine protein .....

ระดับ Carbon dioxide (CO) .....



**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ  
ประคับประคอง จำนวน 16 อาการ

**คำชี้แจง** ในการตอบแบบสอบถามจำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านที่พบในรอบ 4  
สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเกิดใดเกิดขึ้น มีระดับความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และ  
อาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของท่าน

ความถี่ของการอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกันตาม  
ข้อมูลความเป็นจริง เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

- 1 คะแนน หมายถึง มีอาการนาน ๆ ครั้งหรือ สัปดาห์ละ 1 วัน
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 2 วัน
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างบ่อยหรือสัปดาห์ละ 3 – 4 วัน
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการบ่อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 5 – 6 วัน
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอดเวลาหรือทุกวันใน 1 สัปดาห์

การแปลผลการรับรู้ความถี่ แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00 – 2.33	ระดับน้อย
2.34 – 3.66	ระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	ระดับมาก

ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่  
ตรงกันตามข้อมูลความเป็นจริง เป็นแบบประเมินความรุนแรงที่เป็นตัวเลขกำหนด 1 – 10 คะแนน มี  
เกณฑ์พิจารณา ดังนี้

- 7 – 10 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงมาก
- 4 – 6 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการปานกลาง
- 1 – 3 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการเล็กน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง การรับรู้ที่ไม่มีอาการรุนแรง

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้ความรุนแรง
0.00 – 2.50	ความรุนแรงน้อย
2.51 – 5.00	ความรุนแรงปานกลาง
5.01 – 7.50	ความรุนแรงมาก
7.51 – 10.00	ความรุนแรงมากที่สุด

อาการรบกวนในชีวิตประจำวัน เป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้นรบกวนชีวิตประจำวันโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกันตามข้อมูลความเป็นจริง มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ

- 1 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยมากหรือ 1 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อยหรือ 2 วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันค่อนข้างมากหรือ 3 – 4 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากหรือ 5 – 6 สัปดาห์ต่อวัน
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุดหรือ ทุกวัน/สัปดาห์

การแปลผลเกณฑ์การพิจารณาอาการรบกวนในชีวิตประจำวัน มีแบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00 – 2.33	ระดับน้อย
2.34 – 3.66	ระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	ระดับมาก





	ไม่มี อาการ	มี	ถ้ามี					ถ้ามี อาการมีความรุนแรงเพียงใด (10 คะแนน)	ถ้ามี					
			ไม่มี เลย	2-1 ครั้ง	3-4 ครั้ง	5-6 ครั้ง	7 ครั้ง		1-2 น้อย	3-4 น้อย	5-6 ค่อนข้าง มาก	7-8 มาก	9-10 มากที่สุด	
ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้างล่างนี้ หรือไม่								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						
6. บวมตามร่างกาย								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						
7. คลื่นไส้/อาเจียน								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						
8. ชากระดูก								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						
9. อาการคัน/ผิวหนังแห้ง								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						
10. ซึมเศร้า/เครียด								0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ↑						







**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง 16 ข้อ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความ ที่ตรงกันตามข้อมูลความเป็นจริง กลวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหรือการแก้ไขอาการที่ท่านได้ปฏิบัติ และผลของการจัดการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

อาการ/กลวิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	แย่ง	คงเดิม	ดีขึ้น
1. เหนื่อยล้า			
<input type="checkbox"/> นอนพัก/นั่งพัก			
<input type="checkbox"/> นวด/กดจุด			
<input type="checkbox"/> สูดคนบำบัด			
<input type="checkbox"/> สมาธิกำหนดลมหายใจ			
<input type="checkbox"/> การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล			
<input type="checkbox"/> ปรีกษาแพทย์ พยาบาล			
<input type="checkbox"/> เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....			
2. เคลื่อนไหวลำบาก			
<input type="checkbox"/> นวดตามร่างกาย			
<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย เช่น .....			
<input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุง			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
3. นอนไม่หลับ			
<input type="checkbox"/> รับประทานยานอนหลับ			
<input type="checkbox"/> สวดมนต์/ทำสมาธิ/กำหนดลมหายใจ			
<input type="checkbox"/> ดูโทรทัศน์ / ฟังเพลง			
<input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม			
<input type="checkbox"/> นวด / กดจุด			

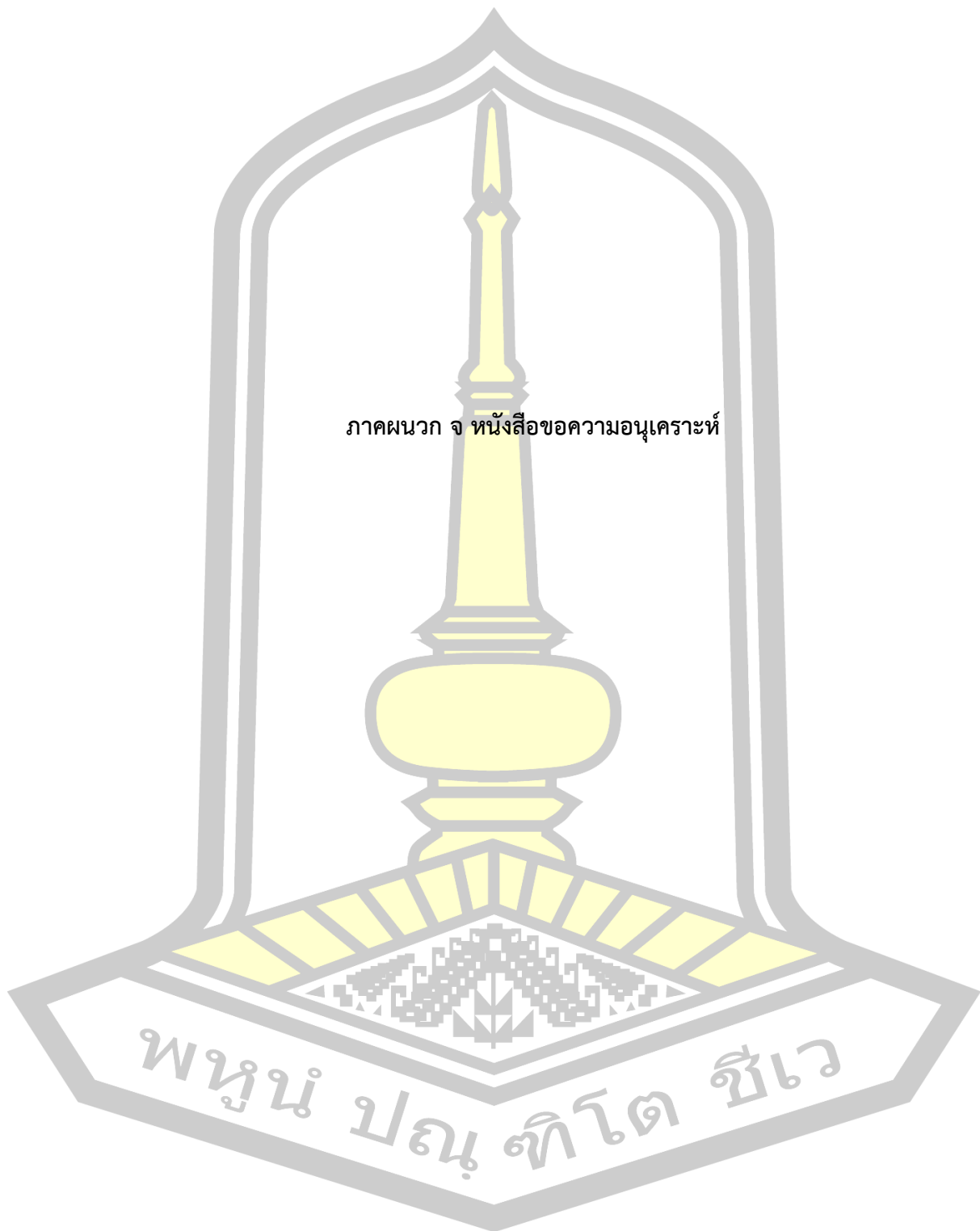
อาการ/กลวิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	แย่ลง	คงเดิม	ดีขึ้น
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
4. ปวด/มีนชา			
<input type="checkbox"/> รับประทานยา พาราเซตามอล ลดปวด			
<input type="checkbox"/> ยาทานวดภายนอกบริเวณที่ปวด			
<input type="checkbox"/> นอนพักในท่าที่สบาย			
<input type="checkbox"/> ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ			
<input type="checkbox"/> มารักษาที่โรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ซื้อยารับประทานเองนอกจากยาประจำ			
<input type="checkbox"/> รับประทานสมุนไพร/ยาชุด/เครื่องดื่บบำรุง ต่าง ๆ			
<input type="checkbox"/> ไปปรึกษาแพทย์/พยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
5. หายใจลำบาก			
<input type="checkbox"/> นอน/นั่งพักผ่อน			
<input type="checkbox"/> ลดปริมาณน้ำในแต่ละวัน			
<input type="checkbox"/> นั่งศีรษะสูง			
<input type="checkbox"/> นอนคว่ำ			
<input type="checkbox"/> มาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ไปปรึกษา แพทย์/พยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
6. บวมตามร่างกาย			
<input type="checkbox"/> ลดปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน			
<input type="checkbox"/> ลดปริมาณโซเดียมแต่ละวัน (น้ำปลา, ผงปรุงรส .....			
<input type="checkbox"/> นอนยกขาสูง			
<input type="checkbox"/> มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ไปปรึกษาแพทย์/พยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....			

อาการ/กลวิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	แย่ลง	คงเดิม	ดีขึ้น
7. คลื่นไส้/อาเจียน			
<input type="checkbox"/> หลีกเลียงอาหารที่มีกลิ่นฉุน			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว/ฝาด			
<input type="checkbox"/> รับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียน			
<input type="checkbox"/> งดการรับประทานอาหารในช่วงที่มีอาการ			
<input type="checkbox"/> จิบน้ำบ่อย ๆ			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารช้า ๆ มีอละน้อย ๆ			
<input type="checkbox"/> มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ปรึกษาแพทย์/พยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....			
8. ชากระตุก			
<input type="checkbox"/> รับประทานยาลดอาการชากระตุก			
<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย			
<input type="checkbox"/> ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงความสนใจ			
<input type="checkbox"/> นวด/กดจุด			
<input type="checkbox"/> การใช้แพทย์ทางเลือกรักษาอาการ			
<input type="checkbox"/> มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล			
<input type="checkbox"/> ปรึกษาแพทย์/พยาบาล			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....			
9. อาการคัน/ผิวหนังแห้ง			
<input type="checkbox"/> อาบน้ำด้วยอุณหภูมิปกติ			
<input type="checkbox"/> หลีกเลียงการใช้สบู่ในการทำสะอาดร่างกาย			
<input type="checkbox"/> เช็ดตัวให้พอหมาดและใช้ครีมทารักษาความชุ่มชื้นทันทีภายใน 2 นาที			
<input type="checkbox"/> หลีกเลียงการอยู่ในที่อุณหภูมิเย็นหรือร้อนเกินไป			
<input type="checkbox"/> หลีกเลียงการเกา รักษาเล็บมือให้สั้น นวดเบาๆแทนการเกาบริเวณที่คัน			

อาการ/กลวิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	แย่ลง	คงเดิม	ดีขึ้น
<input type="checkbox"/> ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งตามแผนการรักษา			
<input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่แน่นหรือคับจนเกินไป			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....			
10. ซึมเศร้า/เครียด			
<input type="checkbox"/> นั่งสมาธิ			
<input type="checkbox"/> สวดมนต์			
<input type="checkbox"/> ฟังธรรมะ			
<input type="checkbox"/> ฟังเพลง			
<input type="checkbox"/> หาเพื่อนพูดคุย			
<input type="checkbox"/> ปรึกษาพูดคุยกับครอบครัว			
<input type="checkbox"/> ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล			
11. ปาก/คอ แห้ง			
<input type="checkbox"/> จิบน้ำบ่อย ๆ			
<input type="checkbox"/> อมน้ำแข็ง อมลูกอม			
<input type="checkbox"/> บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดบ่อย ๆ			
<input type="checkbox"/> เลือกรับประทานอาหารที่เหลวหรืออาหารนุ่มชุ่มน้ำ รสไม่จัด			
<input type="checkbox"/> ทาวาสลีน บริเวณริมฝีปาก			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
12. เบื่ออาหาร			
<input type="checkbox"/> ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยวิธีการ ระบุ .....			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารเสริม ระบุ.....			
<input type="checkbox"/> พยายามฝืนรับประทานอาหาร			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารซ้ำ ๆ กลืน เคี้ยว ซ้ำ ๆ			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารหลาย ๆ มื้อ ทีละน้อย ๆ			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารสะอาด สุกใหม่			

อาการ/กลวิธีการจัดการอาการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	แย่ลง	คงเดิม	ดีขึ้น
<input type="checkbox"/> อมบ้วนปากด้วยน้ำอุ่น			
<input type="checkbox"/> แปรงฟัน			
<input type="checkbox"/> จิบน้ำอุ่น บ่อย ๆ			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
<b>13. ท้องผูก/ปวดแน่นท้อง</b>			
<input type="checkbox"/> รับปีบประทานยาระบาย			
<input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น			
<input type="checkbox"/> สวนอุจจาระ			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
<b>14. วิงเวียน</b>			
<input type="checkbox"/> รับประทานยาแก้วิงเวียน			
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนท่าช้าลง ทำกิจกรรมช้าลง			
<input type="checkbox"/> นอนพักผ่อน			
<input type="checkbox"/> ใช้ยาตามแก้วิงเวียน			
<input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
<b>15. ท้องเสีย</b>			
<input type="checkbox"/> รับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารอ่อน			
<input type="checkbox"/> จิบน้ำบ่อย ๆ			
<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุก			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			
<b>16. ง่วงซึม</b>			
<input type="checkbox"/> นอนพักผ่อนมากขึ้น			
<input type="checkbox"/> ขยับร่างกายเพิ่มมากขึ้น			
<input type="checkbox"/> ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตามร่างกาย			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....			





ที่ อว 0605.11/1๕๒๔



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

24 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย

ด้วยนางสาวปิยพร พรพนม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสพการณ์อาการ  
กลวิธีการจัดการอาการ และผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบ  
ประคับประคอง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ทั้งนี้ได้  
ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง  
355-359/2565 เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 เรียบร้อยแล้วนั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้  
นางสาววรรณภา โพธิยา เก็บข้อมูลเพื่อประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ ณ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัด  
กาฬสินธุ์ โดยการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 16 อาการ แบ่งเป็นมิติของความรุนแรง ความถี่  
และการรบกวนชีวิตประจำวัน และกลวิธีการจัดการ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 89 คน โดยแบ่งเป็น ซึ่งจะเข้าเก็บ  
รวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 – เมษายน 2566 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์  
ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง  
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการโทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที

ชื่อนิสิต นางสาวปิยพร พรพนม โทร. 0872547568 E-mail: 63010485009@msu.ac.th



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/ 1๒๗1

วันที่ ๒๖ สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ

ด้วย นางสาวปิยพร พรพนม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการและผลของการจัดการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการอาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 0605.11/1242



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

24 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย

- สิ่งที่แนบมาด้วย 1. สรุปโครงร่างวิจัยฉบับย่อ 1 เล่ม  
2. เครื่องมือวิจัย 2 ชุด

ด้วย นางสาวปิยพร พรพนม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่เลือกการดูแลแบบประคับประคองโดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที่ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์  
ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวปริญญา วิเชียรพักตร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งงาน  
หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรใน  
สังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหา  
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการ  
อาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง  
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที่ โทร 062-5351469

ชื่อนิสิต นางสาวปิยพร พรพนม โทร. 087 2547568 e-mail:63010485009@msu.ac.th



ที่ อว 0605.11/12๙3

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๕ สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย

- สิ่งที่แนบมาด้วย 1. สรุปรายชื่อเครื่องมือวิจัย 1 เล่ม  
2. เครื่องมือวิจัย 2 ชุด

ด้วย นางสาวปิยพร พรพนม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสพการณ์อาการ กลวิธีการจัดการและผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือก การดูแลแบบประคับประคองโดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวทิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์ศุภวัฒน์ สิมสิริวัฒน์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรใน สังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาความตรงตามเนื้อหาและการหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามประสพการณ์อาการ กลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการ อาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สุพัตรา บัวทิ โทร 062-5351469

ชื่อนิสิต นางสาวปิยพร พรพนม โทร. 087 2547568 e-mail:63010485009@msu.ac.th

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	ปิยพร พรพนม
วันเกิด	25 ตุลาคม 2539
สถานที่เกิด	จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 454 หมู่ 16 ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2556 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ พ.ศ.2561 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ.2566 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทีโตะ ชีเว