การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต : กรณีศึกษา

*กัลปังหา โชสิวสกุล วท.ม. วพย.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **

*แสงทอง ธีระทองคำ Ph.D. (Nursing), อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)***

บทคัดย่อ:

โรคไตเรื้อรังระยะท้ายทำให้ไตสูญเสียความสามารถในการกรองและเกิดการสะสมของเสียในร่างกาย การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายทำให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเผชิญกับอาการรบกวนและทุกข์ทรมานส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่เลือกรักษาแบบไม่ล้างไต มีการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ บวม และซึมลง ครอบครัวได้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งความต้องการรักษาของผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการของครอบครัว ผลกระทบจึงเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลมีความซับซ้อนทั้งการชะลอการลุกลามของโรค รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ซึ่งต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงออกแบบการดูแลอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว ตามแนวทาง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและการวิเคราะห์ผู้ป่วย 2) การวางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไต 3) การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง 4) การใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน และ 5) การดูแลแบบองค์รวม ก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยจากจากไปอย่างสงบอย่างสมศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการ

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(4) 5-17

คำสำคัญ: การดูแลองค์รวมชนิดประคับประคอง / โรคไตเรื้อรังระยะท้าย / การรักษาแบบไม่ล้างไต / กรณีศึกษา

วันที่ได้รับ 18 มี.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 ก.ค. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ก.ย. 63

**อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: kallapungha.c@bcn.ac.th*

*** ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th*

Holistic Palliative Care for End-Stage Renal Disease Patients Undergoing Non-Dialysis Treatment: A Case Study

*Kallapungha Chosivasakul, RN, M.S, Dip. ACNP**

*Sangthong Terathongkum, Ph.D (Nursing), Dip. ACNP***

Abstract:

End-stage renal disease (ESRD) incapacitates the kidney's filtering function, resulting in accumulation of waste products in the body. The disease's progression to the end stage is accompanied by an increase in severity of symptoms. In this stage, the patients suffer from agitation and pain, which affect their physical, mental, emotional, and social abilities. This article presents a case study of end-stage renal disease patients who chose non-dialysis treatment and experienced severe symptomatic progress. The patients, whose symptoms included nausea, vomiting, loss of appetite, fatigue, hyperventilation, edema, and stupor, were taken by their family members to hospital each time a symptomatic change occurred. However, the mismatch between the patients' needs and their family members' expectations affected both parties and complicated the caregiving process, both in terms of retarding the disease's progression and increasing the families' readiness to care for the patients during their terminal stage.

What the ESRD patients needed was a holistic palliative care programme. The implementation of such a programme, which was systematically co-designed by multidisciplinary teams and the patients' family caregivers, required the skills and expertise of advanced registered nurses. The programme was based on a five-step procedure: 1) assessment and analysis of patients; 2) planning for retardation of renal disease progression; 3) management of symptomatic changes; 4) process of participatory decision making; and 5) provision of holistic care. This programme produced good-quality care outcomes, and allowed peaceful, fully dignified departure from this world whilst filling the families with pride in the deceased's decision and satisfaction with the caregiving service.

Thai Journal of Nursing Council 2020; 35(4) 5-17

Keywords: holistic palliative care; end-stage renal disease; non-dialysis treatment

Received 18 March 2020, Revised 8 July 2020, Accepted 23 September 2020

**Lecturer, Community Health Nursing at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. E-mail: kallapungha.c@bcn.ac.th*

*** Corresponding author; Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th*

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะท้าย(End stage renal disease) เกิดจากการที่ไตไม่สามารถกรองของเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้อัตราการกรองไตลดลงน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม. มีของเสียคั่งในกระแสเลือด[1] เกิดอาการรบกวน ได้แก่ อ่อนเพลีย สับสน ซึมลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ คันที่ผิวหนัง ความไม่สมดุลของสารอิเลคโตรลัยท์และภาวะความเป็นกรด[2-3] การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายประกอบด้วย การฟอกไต การล้างไต การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง[4] ผู้ป่วยที่เลือกรักษาแบบไม่ล้างไตจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความเสี่ยงที่รุนแรงมากขึ้นจากของเสียคั่งในร่างกาย ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ซึม สับสนและหมดสติตามมา [5-6]เป็นสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวต้องนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเนื่องจากมีความซับซ้อนทั้งการชะลอการลุกลามของโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต[7] ซึ่งต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงออกแบบการดูแลที่เป็นระบบประกอบด้วยประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทุกมิติให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ใช้การตัดสินใจทางจริยธรรมเพื่อแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการเสริมพลังอำนาจครอบครัวเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต[8]

การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Comprehensive conservative care) เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต ตามแนวทางของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)[9] ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้การตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย[10] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative care)[11] โดยใช้แนวคิดตามหลักการของ KDIGO โดยปรับตามบริบทของสังคมไทยวางแผนดูแลผู้ป่วยที่รักษาแบบไม่ล้างไต มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาวะที่ดีที่สุด[12] หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดประคับประคองประกอบด้วย 5 แนวทาง[9,13-15] ดังนี้ 1) ประเมินวิเคราะห์ และคัดกรองผู้ป่วยที่จะรับเข้าสู่กระบวนการดูแลตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (1) ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเรื้อรังในระยะที่ควรเข้าสู่กระบวนการดูแล (2) มีข้อจำกัดในการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือด้านค่าใช้จ่ายการรักษา (3) ดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะท้ายโดยไม่ได้รับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตมาก่อน 2) วางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไตตามแผนการรักษาที่ครอบคลุมทุกด้าน 3) จัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงที่สำคัญเช่น อาการเหนื่อยล้า ภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก ความผิดปกติของการนอนหลับจากอาการคันเนื่องจากมีปริมาณฟอสฟอรัสสะสมมาก หายใจลำบากหรือหายใจหอบเหนื่อย ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ท้องอืด

4)ใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านกระบวนการสื่อสารบนพื้นฐานของความเข้าใจร่วมกัน กำหนดเป้าหมายของการรักษาที่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุด และ 5) ดูแลแบบองค์รวมเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดอาการไม่พึงประสงค์และได้รับการดูแลที่ดีตลอดแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายช่วยลดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ[16]

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไตการดำเนินของโรคเข้าสู่ในระยะท้ายอาการรุนแรงมากขึ้น ครอบครัวนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง โดยที่ความต้องการรักษาของผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการของครอบครัว การดูแลมีความซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ออกแบบการดูแลอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกมิติที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การประสานการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาไม่แบบล้างไตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

หญิงไทยคู่ อายุ 71ปี อาศัยอยู่กับสามีในจังหวัดกาญจนบุรี มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 มาโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉินด้วย อาการสำคัญ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อย บวม ให้ประวัติการเจ็บป่วยว่า 3 สัปดาห์ก่อนมา เหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับมา 2 สัปดาห์ เหนื่อย บวมที่หน้าและขา บุตรสาวนำส่งโรงพยาบาลที่แผนกฉุกเฉิน แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน หลังกลับบ้าน ยังคงมีอาการเหนื่อย นอนไม่หลับ 1 วันก่อนมา ซึมลง บวมที่ใบหน้า ญาตินำส่งที่แผนกฉุกเฉิน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาแบบล้างไต ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยและสามีปฏิเสธการรักษาแบบล้างไต ด้วยเหตุผลไม่มีความพร้อมในการเดินทางไปรักษา และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ขอรักษาที่เดิมจนกระทั่งเข้าสู่โรคไตระยะที่ 5 ประวัติส่วนบุคคล บุคคลิกภาพเรียบร้อย รับรู้สภาพะสุขภาพของตนเองว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้าย มีการดูแลตนเองโดยการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ได้ซื้อยารับประทานเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค แต่ยังไม่สามารถควบคุมการบริโภคเค็มได้ดีเท่าที่ควร ประวัติครอบครัวมีบุตรจำนวน 3 คน สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ บุตรทั้ง 3 คนช่วยกันดูแลค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสวัสดิการรักษาสิทธิบัตรทอง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สามีเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุตรทั้ง 3 คนไม่พบว่ามีการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวปฏิเสธโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลชุมชนและมีการดำเนินของโรค เข้าสู่ระยะท้ายถูกนำส่งโรงพยาบาลในแผนกฉุกเฉินจำนวน 3 ครั้งในรอบ 2 เดือน ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินของโรคไตเรื้อรังที่เข้าสู่ในระยะท้าย พบว่า

ครอบครัวไม่ทราบถึงอาการ และการดำเนินของโรค เกิดความวิตกกังวล ไม่สามารถจัดการกับอาการที่รบกวนในเบื้องต้นได้ ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลง 2.8 มิลลิลิตร ต่อนาทีต่อพื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม.แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยจึงควรได้รับการออกแบบการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองตามแนวทางการดูแลโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แสดงเจตจำนงรักษาแบบไม่ล้างไต ตามหลักการ 5 ขั้นตอน [9-10,13-20] ดังต่อไปนี้

1. การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทุกมิติที่สำคัญ ประกอบด้วย

การประเมินผู้ป่วย 1) ด้านร่างกาย พบว่าอ่อนเพลีย ซึมลง เหนื่อยหอบไม่สุขสบาย ไม่สดชื่น เปลือกตาด้านบนบวมทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาล่างทั้ง 2 ข้างซีด ปลายแขน นิ้วมือทั้ง 2 ข้างบวม เช่นเดียวกับขาและนิ้วเท้าทั้งสองข้าง รับประทานอาหารได้น้อยลง 2) ด้านสัญญาณชีพ พบว่าระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 73-92 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตซีสโตลิกอยู่ระหว่าง 150-192 มิลลิเมตรปรอท บ่งชี้ถึงผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง 3) ด้านการวิเคราะห์การทำงานของไตย้อนหลัง 3 เดือนพบว่า (1) อัตราการค่ากรองของไต (eGFR) เริ่มลดลงจาก 11.9 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม. เหลือ 4.04 และ 2.8 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ร่างกาย 1.73 ตรม.ตามลำดับ บ่งชี้ถึงการทำงานของไตลดลงเข้าสู่ไตระยะสุดท้าย สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า ค่าระดับค่ากรองของไต (eGFR) ที่ต่ำลงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วย[21]2) ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) อยู่ระหว่าง 110-140 mg/dL ค่าปกติผู้ใหญ่ คือ 10 - 20 mg/dL [22] บ่งชี้ถึงมีสารยูเรียและไนโตรเจนจำนวนมากคั่งค้างอยู่ในกระแสเลือด แสดงถึงภาวะไตถูกทำลาย (3) ค่า Creatinine อยู่ระหว่าง 8.8-11.8 mg/dL ค่าปกติของ Creatinine ผู้หญิง คือ 0.5 - 1.1 mg/dL[22] บ่งชี้ถึงไตทำหน้าที่ลดลงจากไตมีความเสียหาย (4) ค่าฮีโมโกบิล (Hb) อยู่ระหว่าง 8.7-10.3 g/dL ค่าปกติผู้หญิงคือ 12.1-15.1 กรัมต่อเดซิลิตร [21] บ่งชี้ถึงภาวะขาดธาตุเหล็ก โฟเลต วิตามินบี 6 และ12 จากโรคไตวายเรื้อรัง และ (5) ค่าฮีมาโตคริต (HCT) อยู่ระหว่าง 25.25 -26.5% ค่าปกติผู้หญิงระหว่าง 36%-48%[23] ผลการประเมินด้านร่างกาย สัญญาณชีพ และการวิเคราะห์การทำงานของไต พบว่า การดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะท้าย 4) ประเมินการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความหวัง ความปรารถนา และความกลัวของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยากรณ์โรค พบว่าผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ปฏิเสธการรักษาแบบล้างไต ไม่รู้สึกกังวล ไม่คาดหวังว่าต้องหาย ไม่อยากทรมาน และเป็นภาระต่อครอบครัว ต้องการกลับไปรักษาต่อที่บ้าน

การประเมินครอบครัว พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการประเมินครอบครัว ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประยุกต์แนวคิดการค้นหาโรคและความเจ็บป่วย (Explore both disease and illness)[24] เพื่อเข้าใจชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ประกอบด้วย ความคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (idea) ความรู้สึกต่อตัวโรค ความรู้สึกต่อผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้าย (feeling) ผลกระทบของการเป็นโรคต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว (function) ความคาดหวังต่อตัวโรคว่าจะโรคดำเนินไปอย่างไร (expectation) สัมภาษณ์ 2 ครั้ง วันที่ 2 และ 3 ที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที บันทึกประเด็นสำคัญ ผลการประเมินพบว่าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีใส่ใจกับอาการที่เปลี่ยนแปลง

แต่ยังไม่ทราบการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ของโรค ผลการประเมินผู้เป็นสามีและสมาชิกในครอบครัว มีข้อมูลดังนี้ 1) สามีทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตระยะท้าย รักษาไม่หายยังมีความคาดหวังอยากให้ผู้ป่วยหาย ต้องการให้รักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แต่มีปัญหาค่าใช้จ่าย ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย ยินดีที่จะพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน 2) สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ไม่ทราบว่าเป็นระยะท้าย คิดว่าสามารถรักษาให้หายและสามารถกลับมามีสภาพที่ปกติได้ และพบว่าบุตรทั้ง 3 คน ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินของโรควิตกกังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละครั้ง สะท้อนได้จากการพาผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลทันทีเมื่อเห็นผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บุตรทั้ง 3 คน มีความคาดหวังให้ผู้ป่วยได้รับรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

ผลการประเมินความต้องการรักษาของผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการของครอบครัว ครอบครัวขาดความเข้าใจการดำเนินของโรคและอาการที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงไม่ทราบแนวทางการดูแล แบบประคับประคอง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีส่วนสำคัญในการสื่อสารสร้าง ความเข้าใจและ ประสานความร่วมมือจากครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

2. การวางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไต อายุรแพทย์ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไต ดังนี้ 1) ให้ยา Nicordipine 4 amp+0.9 % NSS 100 มิลลิลิตร เข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นยาในกลุ่ม calcium channel blocker เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ร่วมกับให้ยารับประทานลดความดันโลหิต ได้แก่ (1) Amlodipine (5mg) 2x1pc (2) Atenolol (50mg) 2x1pc และ (3) Hydralazine (25mg) 2x1pc เพื่อช่วยให้มีการขยายหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการคลายตัว ลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือด และส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ดีขึ้น 2) ให้ออกซิเจน nasal cannula จำนวน 5 ลิตร เพื่อรักษาและป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน 3)ให้ยา LASIX 40 mg ทางเส้นเลือด และ LASIX 40 mg ชนิดเม็ด 1 เม็ดเช้า เพื่อแก้ไขความผิดปกติความสมดุลของน้ำในร่างกาย และลดอาการบวม 4)ให้ยา Calcium Carbonate (1000mg) 1x2 pc รักษาภาวะขาดแคลเซียม เพื่อบำรุงกระดูก ป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน และ 6)ให้ยา Sodium bicarbonate (300 mg) 1x3 pc เพื่อควบคุมสภาวะความเป็นกรดในเลือด นอกจากได้รับการรักษาเพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคไตแล้วผู้ป่วยยังได้รับการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงและได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพเป็นลำดับต่อไป

3. การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)[25]ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว ความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว ได้ค่าคะแนน 40% ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการลุกลามของโรค ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้น้อยลง ระดับความรู้สึกตัวง่วงซึม ยังไม่สับสน ส่วนที่ 2 การประเมินด้านร่างกาย ใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment Scale

(ESAS)[26] เพื่อประเมิน 9 อาการ ได้แก่ (1) อาการปวด (2) อ่อนเพลีย (3) คลื่นไส้ (4) ซึมเศร้า (5) วิตกกังวล (6) ง่วงซึม (7) เบื่ออาหาร (8) ความสุขสบายทั้งกายและจิตใจ (9) เหนื่อยหอบ ผลการประเมินมีคะแนนเฉลี่ย 6.33 อยู่ระดับปานกลาง[27]แสดงให้เห็นว่าร่างกายผู้ป่วยมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับปานกลาง การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้ป่วยมากที่สุด 6 อาการ มีดังนี้ 1) อาการเหนื่อยล้า ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาวิตามินบี 12 บำรุงวันละ 3 เวลา หลังอาหาร ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางจมูกตามแผนการรักษา 5 ลิตรต่อนาที ได้รับยา Nicordipine 4 amp+0.9 nss 100 ml drip ทางเส้นเลือด 10 drop/min เป็นยารักษาภาวะโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ 2) อาการคัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังและความสุขสบาย ทำความสะอาดและดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื่น แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเกาผิวหนังเวลาคัน ให้ญาติใช้ครีมบำรุงผิวหนังที่ไม่มีสารเคมีปนทาบนผิวหนังเช้า และเย็น ตัดเล็บให้สั้นป้องกันการบาดเจ็บต่อผิวหนัง[28] 3) ความผิดปกติของการนอนหลับ มีสาเหตุจากคันที่ผิวหนังและวิตกกังวลนอนไม่หลับ ให้การพยาบาล ดังนี้ สื่อสารพูดคุยด้วยความรักความห่วงใย ให้กำลังใจ แสดงความปรารถนาที่ดี จัดสิ่งแวดล้อมให้พักผ่อนในมุมที่สงบไม่มีเสียงรบกวน จัดท่าท่านอนที่รู้สึกสุขสบาย ดูแลได้รับออกซิเจน Nasal cannula จำนวน 5 ลิตรลดอาการเหนื่อยหอบ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและบอกผู้ป่วยทุกครั้งป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือ สะดุ้งตื่น[29] 4) อาการท้องอืดช่วยพยุง พลิกตะแคงตัว และช่วยจัดท่าลุกนั่งข้างเตียงกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยการขับแก๊ส แนะนำครอบครัวช่วยพยุงนั่งหลังรับประทานอาหารทุกครั้งและแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย[30] 5)อาการเบื่ออาหาร ทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟัน ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื่น แนะนำญาติไม่ควรบังคับการกินอาหารให้เท่าที่ผู้ป่วยอยากกินได้ ป้อนอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เป็นอาหารที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา โจ๊ก ซุป ทำให้บรรยากาศการดูแลการรับประทานอาหารไม่เครียด ไม่กดดัน ตลอดจนการประเมินอาการปวดหรือท้องผูก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ไม่อยากรับประทานอาหาร[31] 6) อาการวิตกกังวล พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้คำแนะนำอธิบายแนวทางการรักษา การดำเนินของโรค ให้กำลังใจให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมพูดคุย แสดงความรักความปรารถนาที่ดีต่อผู้ป่วย[32] ตลอดจนมีการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน

4. กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน เป็นกระบวนการที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมประชุมวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ใช้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ยอมรับการทำงานร่วมกันว่าทุกคนมีความสำคัญต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้การดูแลทางร่างกาย ความไม่สุขสบาย และอาการรบกวน รวมถึงด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินครอบครัวเกี่ยวกับมุมมองโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว พิจารณาแนวทางการดูแลร่วมกัน แต่ละระยะของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกันว่าใครจะมี หน้าที่อย่างไร ตั้งแต่การดูแลที่หอผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รายละเอียดกิจกรรมที่ใช้กระบวนการตัดสินใจร่วมกันมี ดังนี้

4.1 กิจกรรมการประชุมปรึกษาครอบครัว (Family meeting)[33] อายุรแพทย์และแพทย์ดูแล

แบบประคับประคอง ทำหน้าที่ทบทวนข้อมูลทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการ วางแผนการจัดกิจกรรมประชุม ปรึกษาครอบครัวร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แพทย์ทำหน้าที่ดำเนินการประชุม พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าสื่อสารข้อมูลเบื้องต้นกับครอบครัวเกี่ยวกับแผนการดูแล เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวว่าทีมสุขภาพจะให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยที่สุด ประสานครอบครัว เลือกสมาชิกที่มีส่วนสำคัญดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมประชุม ซึ่งตัวแทนที่เข้าประชุม ประกอบด้วย สามี บุตรชาย บุตรสาว และหลานสาว พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเตรียมความพร้อมสถานที่ประชุม และแจ้งเตือนการนัดหมายสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้าร่วมประชุมปรึกษาครอบครัว วันประชุมแพทย์ทำหน้าที่เป็นประธานชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม ทีมสหสาขาวิชาชีพแนะนำตัว บอกหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวแนะนำตัว แพทย์แจ้งข้อมูลการรักษาการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ชี้แจงอาการและการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ให้ครอบครัวมีโอกาสซักถาม ข้อสงสัย ร่วมกันตัดสินใจในการรักษา แพทย์สรุปแนวทางการจัดการกับอาการต่าง ๆ ในอนาคต ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อหายใจ ให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมประชุม ปลอบโยนพร้อมให้กำลังใจให้ครอบครัว ให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการรักษา บันทึกประเด็นการประชุม แพทย์สรุปทบทวนการดูแลผู้ป่วยภายใต้ความเห็นชอบร่วมกันของครอบครัวใช้เวลา 35 นาที ปิดการประชุม จากนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนและกำหนดบทบาทของทีมในการจัดทำแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4.2 การจัดทำแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan)[34-36] แพทย์ทำหน้าที่สื่อสารสรุปแนวทางการรักษาประเด็นการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อหายใจ การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจให้กับผู้ป่วยและสามีรับทราบ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนัดหมายครอบครัวกำหนดบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เพื่อชี้แจงประเด็นการดำเนินของโรค อาการเปลี่ยนแปลง แผนการรักษา ทบทวนเป้าหมายการดูแลรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อหายใจ ให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดกระตุ้นหัวใจ ชี้แจงข้อมูลผู้ป่วยที่แสดงเจตจำนงค์ไม่ต้องการรักษาแบบล้างไต ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านและต้องการพบบุตรทุกคนที่บ้าน ครั้งนี้ทางครอบครัวกำหนดให้บุตรสาวคนโตทำหน้าที่เป็น ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสื่อสารกับบุตรสาวคนโตเพื่อสร้างความเข้าใจยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและรับทราบแผนการดูแลตามที่ออกแบบไว้พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเอกสารการดูแลระยะประคับประคองเพื่อลงนามในบันทึกแผนการรักษาที่ร่วมตกลงตามเจตจำนงค์ของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรวบรวมเอกสารเพื่อเป็นหลักฐานการดูแลและบันทึกประวัติการรักษาในทะเบียนผู้ป่วย บุตรสาวคนโตทำหน้าที่สื่อสารข้อมูลแนวทางการรักษาผู้ป่วยให้กับสมาชิกในครอบครัวรับทราบแนวทางการดูแลเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

4.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แพทย์ทำหน้าที่สั่งยา เขียนใบรับรองแพทย์แสดงความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วย เพื่อความสะดวกของครอบครัวในการประสานงาน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านให้ข้อมูล

ขั้นตอนการนำใบรับรองแพทย์ไปติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การทบทวนการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การตอบคำถามและข้อสงสัยของครอบครัว นัดหมายบุตรสาวเพื่อการติดตามการดูแลอาการผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

5. การดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญาณ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงออกแบบการพยาบาลใช้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติ ให้ความรัก และความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเศร้าโศกและการสูญเสีย[37] ประกอบด้วย

5.1 การดูแลขณะที่รับรักษาในโรงพยาบาล ให้การพยาบาลดังนี้ (1) ประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ สอบถามความต้องการและความเชื่อให้ผู้ป่วย การควบคุมอาการทางกายและส่งเสริมความสุขสบายตามความต้องการ (2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (3) ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการไม่สุขสบายและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการคัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังและความสุขสบาย ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื่น แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเกาผิวหนังเวลาคัน ให้ญาติใช้ครีมบำรุงผิวหนังที่ไม่มีสารเคมีปนทาผิวหนัง (4) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ซักถามปัญหา พูดคุยถึงความหวัง ความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตาย สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ (5) สื่อสารข้อมูลความต้องการ และการดำเนินของโรคให้ระบายความรู้สึก (6) ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค ให้ข้อมูลความจริงเกี่ยวกับสภาพอาการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนการเตรียมตัว และได้ทำตามความประสงค์ตามเจตจำนงค์ในวาระสุดท้าย

5.2 การติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทางโทรศัพท์จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลาการเยี่ยม ครั้งละ 15-20 นาที ใช้คะแนน PPS เป็นกรอบติดตามเยี่ยม สัปดาห์ที่ 1 และ2 เยี่ยมสัปดาห์ละ 1ครั้ง สัปดาห์ที่ 3 เยี่ยม 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมทุกวันรวม 4 ครั้ง ประเด็นการเยี่ยมประยุกต์ใช้แนวคำถามการเยี่ยมทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทางวิสัญญีการพยาบาล[38] ประกอบด้วย 1) สอบถามอาการไม่สุขสบาย อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 2) ปัญหาของผู้ดูแล 3) การเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ 4) ความต้องการการช่วยเหลือ 5) ความภาคภูมิใจของครอบครัวต่อบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผลการติดตามเยี่ยมได้ข้อมูลดังนี้ บุตรสาวและบุตรชายทั้ง 3 คน สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี สามารถจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน อาการไม่สุขสบาย อาการคัน เป็นต้น มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตรงความต้องการของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวหมุนเวียนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้พบกับบุตรทุกคน สมาชิกในครอบครัวได้รับการเสริมพลังอำนาจทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที[39] ดังนี้ การค้นพบสภาพการณ์จริงให้ครอบครัวเล่าสภาพอาการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้ป่วย ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ สื่อสารปัญหาผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น ให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ขั้นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ให้ครอบครัวเลือกวิธีการ

ดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบทบริบทความต้องการของผู้ป่วย ขั้นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่าในบทบาทของครอบครัวที่สามารถจัดการอาการที่เปลี่ยนแปลงที่ได้ผลดีให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจชื่นชมการดูแลและเกิดความมั่นใจในการดูแล การติดตามเยี่ยมสัปดาห์ที่ 1 PPS มีคะแนน 40% แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีอาการลุกลามของโรคไต รู้สึกตัวง่วงซึม แต่ไม่สับสน นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ทำกิจกรรมได้น้อยมาก ต้องการความช่วยเหลือ รับประทานอาหารได้น้อยลง บุตรสาวจึงช่วยเช็ดหน้าและเช็ดตามร่างกาย ให้อมน้ำแข็ง ดื่มน้ำผลไม้และน้ำหวานโดยจิบทีละน้อย เพื่อให้รู้สึกสดชื่น บรรเทาอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ส่วนอาการอ่อนล้าของแขนและขาบุตรสาวนวดแขนขาให้ แต่ในสัปดาห์ที่ 2 PPS ลดลงอีกเหลือ 30% ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาไม่มีกิจกรรมใด ๆ รับประทานอาหารได้น้อยลง ซึมลง ไม่สับสน สัปดาห์ที่ 3 PPS ลดลงเหลือ 20% มีหอบเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน จิบน้ำได้ แต่ไม่รับประทานอาหาร ปัสสาวะออกน้อยลง มีถ่ายเหลว ส่งผลให้ 1 วันต่อมา PPS เริ่มลดลงเหลือ 10% อ่อนเพลียมาก นอนบนเตียงตลอดเวลา เรียกไม่ลืมตา พูดน้อยลง หอบเหนื่อยมากขึ้น ถ่ายเหลวเป็นน้ำสีดำ บวมที่เท้าและที่มือข้างขวา หายใจเบาลง จากนั้นค่อย ๆ หยุดหายใจ เหมือนคนนอนหลับและจากไปอย่างสงบ ครอบครัวได้จัดเตรียมการดูแลตามความเชื่อของศาสนาและตามความต้องการครั้งสุดท้ายที่แสดงเจตนารมณ์ที่ไม่ยื้อความตาย ไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบอย่างมีศักดิ์ศรี รวมระยะเวลาที่กลับมารักษาที่บ้านเป็นเวลา 25 วัน รูปแบบการดูแลของกรณีศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีบทบาททั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการดูแลในครอบครัวและตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับระยะท้ายของชีวิตร่วมกับผู้ป่วย[40]

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

1. ด้านผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และจากสมาชิกในครอบครัวตามแนวทางการดูแล 5 ขั้นตอนอย่างมีคุณภาพ ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และได้การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จนเข้าสู่วาระสุดท้ายจากไปอย่างสงบที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. ด้านครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมีความมั่นใจในการดูแล สามารถจัดการอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในระยะท้าย และมีส่วนร่วมวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจในระบบบริการ

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต เป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรสำหรับการดูแล กรณีที่โรงพยาบาลไม่มีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรประสานความร่วมมือจากเครือข่ายบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นที่ปรึกษาหรือร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

บทสรุป

การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไตเป็นการออกแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง เพื่อการจัดระบบการ

ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

References

1. Agarwal R. Defining end-stage renal disease in clinical trials: a framework for adjudication. Nephrol Dial Transplant. 2016;31(6):864-67.
2. Farinha A. Symptom control in end stage renal disease. Port J Nephrol Hypert. 2017;31(3):192-99.
3. Johnston S. Symptom management in patients with stage 5 CKD opting for conservative management. Healthcare (Basel). 2016; 22;4(4):1-8. doi: 10.3390/healthcare4040072. PMID:27669324; PMCID: PMC5198114.
4. Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2015.(in Thai)
5. Apiwatnakorn A, Chaiprasitti S. Renal dialysis refusal in end-stage renal disease patients under universal health coverage scheme in Uttaradit Province. Srinagarind Medical Journal .2019;34(6): 546-5. (in Thai)
6. Taiwong A. Kanogsunthornrat K. The impact of symptom clusters on quality of life among patients with chronic kidney disease. The Southern College Network. Journal of Nursing and Public Health. 2561;55(2):175-88.(in Thai)
7. Langkarpint P. The role of family members in palliative care for well - being at the end of life. Payap University Journal.2016; 26(1):15-34. (in Thai)
8. Pookboonmee R. Success role of APN in using case management. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.2014;1(1):83-91.(in Thai)
9. Davison SN, Levin A, Moss AH, et al. Executive summary of the KDIGO controversies conference on supportive care in chronic kidney disease: developing a roadmap to improving quality care. Kidney Int. 2015;88(3):447-59. doi:10.1038/ki.2015.110. PMID:25923985.
10. Renal Physicians Association. Maryland R. Shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Clinical Practice Guideline. Second Edition [Internet]. 2010[cited 2019 Dec 19]; Available from: https://cdn.ymaws.com/www.renalmd.org/resource/resmgr/Store/Shared_Decision_Making_Recom.pdf.
11. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease. Bangkok. The Nephrology Society of Thailand; 2560.(in Thai)
12. Belino C, Meng C, Neto R, Gonçalves E, Pestana M. Supportive care in advanced chronic kidney disease: comprehensive conservative care. Port J Nephrol Hypert. 2018;32(2):149-58.
13. Murtagh FE, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive care: comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;7;11(10): 1909-14. doi: 10.2215/CJN.04840516. PMID: 27510453; PMCID: PMC5053791.
14. Alston H, Burns A. Conservative care of the patient with end-stage renal disease. Clin Med (Lond). 2015; 15(6):567-70. doi: 10.7861/clinmedicine.15-6-567. PMID: 26621950; PMCID: PMC4953263.

15. Rinha A. Symptom control in end stage renal disease. Port J Nephrol Hypert. 2017;31(3):192-99.
16. Castro MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. J Bras Nefrol. 2019;41(1):95-102. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0028. PubMed. PMID: 30048562; PMCID: PMC6534024.
17. Yates P. Symptom management and palliative care for patients with cancer. Nurs Clin North Am. 2017; 52(1):179-91. doi:10.1016/j.cnur.2016.10.006. PMID: 28189162.
18. Rak A, Raina R, Suh TT, Krishnappa V, Darusz J, Sidoti CW, Gupta M. Palliative care for patients with end stage renal disease: approach to treatment that aims to improve quality of life and relieve suffering for patients (and families) with chronic illnesses. Clin Kidney J. 2017;10(1):68-73. doi: 10.1093/ckj/sfw105. PMID: 28638606; PMCID: PMC 5469574.
19. Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. Nephrology (Carlton). 2011;16(1):4-12. doi:10.1111/j.1440-1797.2010.01409.xPMID: 21175971.
20. O'Connor NR, Corcoran AM. End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. Am Fam Physician. 2012;85(7):705-10. PMID: 22534347.
21. Wen CP, Matsushita K, Coresh J, et al. Relative risks of chronic kidney disease for mortality and end-stage renal disease across races are similar. Kidney Int. 2014;86(4):819-27. doi:10.1038/ki.2013.553. PubMed.PMID: 24522492; PMCID: PMC4048178.
22. Medthai. Kidney function tests. BUN, Creatinine, creatinine clearance, eGFR. [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 19].Available from https://medthai.com/medical-checkup/page/3/
23. Medthai. Complete Blood Count : CBC [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 19].Available from https://medthai.com/medical-checkup/page/3/
24. Hathirat S. Family medicine handbook. Bangkok: Moh-Chao-Ban. Thailand;2561.
25. Suandok Palliative Care. Palliative Performance Score (PPS).[internet]. Chiangmai : Maharajnakorn Chiangmai Hospital. [Internet]. 2015 [cited 2019 April 12]. Available from: http://www.med.cmu.ac.th/spc/ index.php/pps. (in Thai)
26. Department of Family Medicine. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Edmonton Symptom Assessment System. (ESAS).[internet]. 2018 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th. (in Thai)
27. Soowit B, Panasakulkan S, Muksiritipanu B. The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015;35 (1):153-64. (in Thai)
28. Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Chaiwanon O, kunthanan K. Pruritus. [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1082
29. Chimluang J. Insomnia in Patients with Chronic Heart Failure: Roles of Nurses. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2017;29(2): 29-38.(in Thai)
30. Karomprat A,Chaichan P, Santawesuk U, Sookprasert A. Symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. Srinagarind Med J 2017;32(4): 326-31.(in Thai)
31. Nilmanat K, Saechit K. Effects of a case-based management nursing programmed for terminally ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. Thai Journal of Nursing Council. 2018;33(3):51-66.(in Thai)

32. Onanong W, Matchim Y. End-of-life-care program for enhancing good death among cancer patients: a literature review. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39 (1):158-69.(in Thai)
33. Department of Family Medicine. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Family meeting. [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22]. Available from:https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/knowledges/doctorpalliative7th.
34. Zwakman M, Jabbarian LJ ,Delden J, et al. Advance care planning: a systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. Palliat Med. 2018; 32(8):1305–21.doi:10.1177/0269216318784474. .PMCID: PMC6088519. PMID: 29956558.
35. Fitch MI, Fliedner MC, O'Connor M. Nursing perspectives on palliative care 2015. Ann Palliat Med. 2015;4(3):150-55. doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04. PMID: 26231811.
36. Thaipradit S. Role of nurse for advance care plan in critical patient. Nursing Journal. 2017;44(4):189-94. (in Thai)
37. Sangsaikaew A. Somkumlung P. Holistic nursing approach: its implications for practice of caring for patients after undergoing lumbar spine surgery. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University. 2018;(8 Suppl 1):203-08.(in Thai)
38. Kampan S.Chokchainon A.Jungpanit U. Telephone call visit program for outpatients receiving service from nurse anesthetist. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2015;2(1):45-54.(in Thai)
39. Worawichayapong C. Kespichayawattana J. The Effect of empowerment program emphasizing family participation on Depression of Older Persons with Stroke. Journal of The Police Nurse. 2014;6 (2): 16-32.(in Thai)
40. Monkong S, Sirapongam Y, Wongvatunyu S. Roles of family caregivers of palliative care patients: preliminary qualitative study. Thai Journal of Nursing Council 2016;31(4):104-21. (in Thai)