

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง: ประเด็นและข้อเสนอแนะสู่การพัฒนา

กิตติกร นิลมานัต PhD.*

คมมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ PhD.**

เพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว พย.ม.**

บทคัดย่อ:

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวตลอดวิถีความเจ็บป่วย เป็นเป้าหมายหลักในการดูแลแบบประคับประคองซึ่งควรเริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยขณะรักษา ระยะสุดท้าย และหลังการเสียชีวิต หลักการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) การค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง 2) การประเมินและการจัดการอาการ และ 3) การตัดสินใจร่วมกันและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พยาบาล ต้องมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคอง และบทบาทพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูล การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างองค์รวม การทำงานร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และบทบาททางจริยธรรม ทั้งนี้ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา ประกอบด้วย การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่ม การวินิจฉัย การพัฒนาความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับทีมผู้ดูแล การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมในหน่วยงาน และการพัฒนาการศึกษาวิจัยที่ได้ มาตรฐาน

วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(4) 5-16

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง/ ระยะท้าย/ การดูแลแบบประคับประคอง

วันที่ได้รับ 26 ธ.ค. 63 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 ก.ย. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 6 ก.ย. 64

*ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่; รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Palliative Care for Chronic Renal Failure Patients: Issues and Recommendations for Development

*Kittikorn Nilmanat, PhD.**

*Samonnan Thasaneesuwat, PhD.***

*Phenpitcha Tinkaew, M.N.S. ***

Abstract:

A primary goal of palliative care for chronic renal failure patients is to promote their and their families' quality of life. Such palliative care should cover all the relevant stages, from the diagnosis, to the treatment, to the end-stage care, and to family care after the patient's death. Major principles of palliative care for chronic renal failure patients consist of 1) identifying the patients in need of palliative care; 2) symptomatic assessment and management; and 3) mutual decision making and advance care planning.

Directly responsible for providing palliative care, nurses play a significant role in educating and providing information for the patients, giving holistic care to the patients and their families, collaborating with multidisciplinary teams, performing continuous self-development, and upholding the professional ethics. Recommendations for development include integration of palliative care with the early stage of renal diagnosis, development of palliative care teams' knowledge and skills, improvement of the organisation's ethical system and mechanisms, and development of research studies that meet accepted standards.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2021; 36(4) 5-16

Keywords: chronic renal failure; end-stage; palliative care

Received 26 December 2020, Revised 1 September 2021, Accepted 6 September 2021

* Corresponding Author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university; E-mail: kittikorn.n@psu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง มีความแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองใน โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ หลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังมีการรักษาเพื่อพยายงชีพโดยการบำบัด ทดแทนไตร่วมด้วยและมักไม่ได้รับการจัดการอาการ ที่ดี นอกจากนี้วิถีความเจ็บป่วย แบบแผนอาการและ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจนกระทั่งเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีลักษณะแตกต่างกันในกลุ่ม ที่ได้รับและไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งการ ดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้บุคลากรใน หน่วยบำบัดทดแทนทางไตรู้สึกลำบากใจเมื่อต้องพูดคุย วางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยในระยะเปลี่ยน ผ่านสู่ระยะท้าย¹ มีการศึกษาพบว่าการบูรณาการแนวคิด การดูแลแบบประคับประคองสู่การดูแลโรคไตเรื้อรัง ตามมาตรฐานการดูแลตั้งแต่แรกช่วยให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสม มีการ วางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน ทำให้ได้รับการดูแลระยะท้ายที่สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วย รวมทั้งได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม² มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดลง ได้รับการส่งต่อไปยังฮอสปิส (hospice) ผู้ป่วย และครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ มากขึ้น³ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 1 วิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตตามแนวคิดของจาบลอนสกี⁴

ระยะ	กำหนดเวลา	
	เริ่มต้น	สิ้นสุด
วิกฤต		
ก่อนการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง	- การทำงานของไตลดลงอย่างมาก - มีอาการจากภาวะของเสียคั่ง - ตระหนักถึงความจำเป็นของการบำบัดทดแทนทางไต	- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะท้าย - อาการของเสียคั่งปรากฏมากขึ้นจนถึงจุดตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาบำบัดทดแทนไต - หากผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการบำบัดทดแทนไต จะข้ามไปสู่ระยะใกล้ตาย

ซึ่งครอบคลุมประเด็น วิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง องค์ประกอบสำคัญสำหรับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง

วิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิถีความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้เรื่องวิถีความเจ็บป่วย จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการดูแลได้ตามวิถีความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

นักวิชาการได้อธิบายวิถีความเจ็บป่วยในบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไว้หลายประเด็น ซึ่งแต่ละการศึกษามีจุดเน้นที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย วิถีความเจ็บป่วย วิถีการทำหน้าที่ทางกาย และวิถีอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จาบลอนสกี⁴ อธิบายผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังต่อผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตและครอบครัวและแบ่งวิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต 2) ระยะเรื้อรัง และ 3) ระยะใกล้ตาย จุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของแต่ละระยะแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตตามแนวคิดของจาบลอนสกี⁴ (ต่อ)

ระยะ	กำหนดเวลา	
	เริ่มต้น	สิ้นสุด
เริ่มการรักษา	- เริ่มการบำบัดทดแทนไต - ผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มปรับตัวต่อการบำบัดทดแทนไต	- ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจที่จะรับการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง - ปรับตัวกับการบำบัดทดแทนไตได้
เรื้อรังคงที่	- ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตวิถีใหม่	- ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงของสุขภาพที่เสื่อมถอย เริ่มปรากฏอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษา - รู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ เหลือยล้ำทางร่างกายและจิตใจและเกิดคำถามถึงระยะเวลาที่บำบัดทดแทนไต
เสื่อมถอย	- ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษา และมีภาวะโรคร่วม (comorbidity) มากขึ้นและอาการทรุดลง	- ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนถึงระยะเวลาสุดท้ายหรือความตาย - ผู้ป่วยอาจเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง และอาการไม่ดีขึ้น - การพยากรณ์ถึงการรอดชีวิตต่ำ การเสียชีวิตจะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ติดการล้างไต
ใกล้ตาย	แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ - กลุ่มที่ยังคงบำบัดทดแทนทางไต ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากการติดเชื้อหรือหัวใจหยุดเต้น - กลุ่มที่ยังยุติการบำบัดทดแทนทางไต ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วจากการยุติการล้างไต และเสียชีวิตจากภาวะของเสียคั่ง	- ผู้ป่วยเสียชีวิตและครอบครัวเข้าสู่ระยะโศกเศร้า และมีชีวิตใหม่หลังการสูญเสียโดยไม่มีบุคคลที่รัก

นอกจากนี้ มีหลายการศึกษาติดตามวิธีการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยไตเรื้อรังและพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไต โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไตจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายลดลงอย่างรวดเร็วเป็นครั้งคราวจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ หรือ

ภาวะน้ำเกิน เป็นต้น แต่หลังได้รับการบำบัดรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยจะกลับมาดีขึ้น และจะค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งเสียชีวิต ขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไตพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายจะคงที่และลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 1-6 เดือนก่อนเสียชีวิต^{5,6}

เมอร์ทากห์และคณะ⁷ ศึกษาวิถีของอาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต พบว่า อาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) วิถีคงที่ (stable trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความกังวลใจคงที่ตลอดระยะเวลาความเจ็บป่วย 2) วิถีเพิ่มขึ้น (increasing trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งความกังวลใจเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาความเจ็บป่วย และ 3) วิถีขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuant trajectory) ผู้ป่วยจะมีอาการและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งความกังวลใจมากขึ้น หรือน้อยลง ไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาความเจ็บป่วยในปีสุดท้ายของชีวิต

กล่าวโดยสรุปวิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความแตกต่างกัน ตามแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นพยาบาลควรออกแบบการดูแลที่ยืดหยุ่นและปรับตามผลกระทบและความต้องการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวิถีความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและแบบแผนอาการ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มที่มีแบบแผนอาการขึ้น ๆ ลง ๆ พยาบาลจำเป็นต้องปรับให้มีการประเมินอาการบ่อยขึ้น⁷ หรือเมื่อพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสู่ระยะท้ายและใกล้ตาย พยาบาลจำเป็นต้องเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและป้องกันภาวะวิกฤตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นหัวใจของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง^{6,7}

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองในโรคไตเรื้อรัง

คำว่า “ประคับประคอง” ในภาษาไทยมีการใช้ในหลายที่ที่เกี่ยวข้องในบริบทการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง

แต่ใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative care) และการดูแลแบบประคับประคองในโรคไตเรื้อรัง (palliative care in chronic kidney) ซึ่งทั้งการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง และการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว แต่มีความแตกต่างกันที่การดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคองเป็นหนึ่งในแนวทางของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือระยะ 5 ที่ไม่ประสงค์รับการรักษาชนิดรุกราน (aggressive treatments) รวมทั้งการบำบัดทดแทนทางไต⁸ ขณะที่การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ให้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และสามารถให้ร่วมกับการรักษาโรคและ/หรือขณะที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการบำบัดทดแทนทางไตไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง ใช้หลักการเดียวกับการดูแลแบบประคับประคองทั่วไป อย่างไรก็ตามจุดเน้นหรือองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย

1. การค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองได้ครอบคลุมมากขึ้นและจัดเป็นความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรัง⁹ การค้นหาผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยใช้แบบประเมิน

Charlson Comorbidity Index (CCI) หรือ Karnofsky Performance Status (KPS) Scale ร่วมกับการตั้งคำถามและตอบโดยแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ว่า “คุณจะประหลาดใจหรือไม่หากผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในปีหน้า” ซึ่งหากผลการประเมินได้คำตอบว่าไม่แปลกใจ ร่วมกับการประเมิน CCI ได้สูงกว่า 8 คะแนน หรือ KPS ได้ต่ำกว่า 40 คะแนน จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายนั้นมีพยากรณ์โรคไม่ดีและไม่น่าจะได้ประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไตเท่าที่ควร⁸ การดูแลแบบประคับประคองจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

2. การประเมินและการจัดการอาการอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีประสบการณ์อาการในทุกระยะของโรคและตลอดวิถีความเจ็บป่วย อาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากทั้งตัวโรคไตเอง โรคร่วมและการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตและการมีโรคร่วมจะมีอาการรบกวนสูง¹⁰ อาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังมักมีลักษณะกลุ่มอาการ เมื่อเกิดอาการในกลุ่มเดียวกันจะส่งผลให้อาการอื่น ๆ ในกลุ่มนั้นรุนแรงมากขึ้น มีการศึกษาถึงอาการในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการ 1 – 28 อาการ จำนวนอาการเฉลี่ย 7.22 ± 6.92 อาการ โดยอาการที่พบมากและรุนแรงที่สุด ใน 3 อันดับแรกคือ คัน ผื่นแพ้ ปวดกล้ามเนื้อ และแบ่งอาการที่เกิดขึ้นเป็น 8 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร 2) กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและปริมาณของเหลวในร่างกาย 3) กลุ่มอาการทางระบบประสาท 4) กลุ่มอาการกระดูกเชิงเยื่อไขสันหลังและผิวหนัง 5) กลุ่มอาการซึมเศร้า 6) กลุ่มอาการนอนหลับแปรปรวน 7) กลุ่มอาการทางเพศสัมพันธ์ และ 8) กลุ่มอาการจากภาวะซีด¹¹ และพบว่าอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบในทุกกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹²

แนวทางในการดูแลมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ และเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ ซึ่งแบบประเมินอาการที่ใช้ในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้แก่ Renal version of patient outcome scale – symptom module 2 หรือ Modified Edmonton Symptom Assessment Scale¹³ โดยความถี่ของการประเมินอาการขึ้นกับวิถีอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรสอบถามความทุกข์ใจโดยใช้คำถามปลายปิดเพื่อเริ่มต้นการสนทนา ได้แก่ ท่านมีความกังวลใจที่ต้องการจะเล่าให้แพทย์หรือพยาบาลทราบหรือไม่ คำตอบที่ได้จะนำไปสู่การสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อการอภิปรายในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการบอกเล่าถึงความทุกข์ใจในเชิงลึกต่อไป¹⁴

2.2 การจัดการอาการ มีเป้าหมายมุ่งเน้นการจัดการเป็นกลุ่มอาการและมากกว่า 1 กลุ่มอาการ ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งอาการเหนื่อยล้าหรืออ่อนล้าได้ การจัดการอาการต้องเป็นตามลำดับขั้นการรักษาในขั้นแรกเริ่มจากวิธีการไม่ใช้ยาและต่อด้วยการบำบัดที่ซับซ้อนมากขึ้น ขั้นที่สองคือการใช้ยา โดยพิจารณาจากการเริ่มด้วยขนาดต่ำที่มีประสิทธิผลต่อการควบคุมหลายอาการพร้อมกัน ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความรอบคอบในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอัตราการกรอง (GFR) น้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม หรือระยะ 4 และ 5 ต้องระมัดระวังเรื่องพิษจากยาเป็นพิเศษ กล่าวคือยาซึ่งปกติสามารถใช้ควบคุมอาการในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ได้ อาจจะทำให้เกิดพิษในผู้ป่วยไตเรื้อรังสูงขึ้น ดังนั้นในทางปฏิบัติจะมีการลดขนาดและเพิ่มระยะห่างของการให้ยา รวมทั้งหลีกเลี่ยงยาที่จะมีผลเป็นพิษต่อไตหรือขับออกทางไต¹³ โดยพยาบาลต้องติดตามเฝ้าระวังอาการพิษของยาและการตอบสนองต่อการรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา
แนวปฏิบัติเพื่อช่วยในการจัดการอาการ

3. การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making)
และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care
planning)

การตัดสินใจร่วมกัน และการวางแผนการดูแล
ล่วงหน้า เป็นกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กันและต้อง
รวมอยู่ในแผนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (care
planning)¹⁵ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญกับสถานการณ์
ที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตลอดวิถีความ
เจ็บป่วย เช่น การเริ่มล้างไต การยับยั้งหรือยุติการล้างไต
เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ
ควรมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลรอบด้าน ทั้งข้อมูลทาง
การแพทย์และข้อมูลในมิติทางจิตสังคม อารมณ์
วัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยและครอบครัว
ให้คุณค่าเพื่อสามารถตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดจากการ
ศึกษาเรื่องกระบวนการตัดสินใจรักษาด้วยวิธีการล้างไต
ทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายใน
โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือของประเทศไทย¹⁶
พบว่า ความเชื่อและการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะ
ครอบครัว รวมถึงความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีผล
ต่อการตัดสินใจรับการรักษาเกี่ยวกับการเริ่มต้นการฟอกไต

ภายหลังการตัดสินใจ ทีมการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
และครอบครัวควรร่วมกันในการประชุมการวางแผน
การดูแลล่วงหน้า ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็น
กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความปรารถนาของ
ตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้
ซึ่งการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะรวมถึงการกำหนด
ผู้ตัดสินใจแทนในอนาคตและการลงบันทึกผลการ
อภิปรายถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในเอกสารหรือ
หนังสือแสดงเจตจำนง (advance directives)⁹ ทั้งนี้เนื่องจาก
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโอกาสมักจะมีโรคแทรกซ้อนอื่น

หรือสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วย
ตัวเองเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เช่น หลอดเลือดสมอง
สมองเสื่อม เป็นต้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะ
ช่วยให้ผู้ป่วยมีความชัดเจนเกี่ยวกับเป้าหมายในการ
ดูแล บรรลุถึงการควบคุมการดูแลรักษาทางการแพทย์
ด้วยตนเอง ลดภาระกับครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็น
ที่รักโดยการตัดสินใจที่สอดคล้องกับความปรารถนา
ของผู้ป่วย^{6,9}

อย่างไรก็ตาม กระบวนการตัดสินใจร่วมกันและ
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องมีความยืดหยุ่น
ปรับเปลี่ยนได้ มีการทบทวนการประเมินผลการรักษา
และแนวทางการรักษาในอนาคตเป็นระยะ ๆ เพื่อให้มั่นใจ
ว่าเป้าหมายของการดูแลและการรักษายังคงสอดคล้อง
กับคุณค่าและความปรารถนาของผู้ป่วย เมื่อถึงระยะเวลา
หนึ่งที่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง การรักษาด้วย
การบำบัดทดแทนไตอาจจะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ดี สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจ
ครั้งใหม่ ซึ่งการยุติการล้างไตเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ทั้งทาง
จริยธรรมและทางคลินิกหลังการตัดสินใจร่วมกัน⁹ ทั้งนี้
การตัดสินใจยุติการล้างไต เป็นหนึ่งในลักษณะเฉพาะ
สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ล้างไตที่สะท้อนถึงการควบคุม
อนาคตการตายของตนเองและควรเป็นประเด็นหนึ่งที่มี
มีการพูดถึงเมื่อมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า⁶ ภายหลัง
จากการตัดสินใจยุติการล้างไต ทีมให้การดูแลต้องให้
ความมั่นใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าสามารถเข้าถึงการ
ดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ หรือ
แหล่งสนับสนุนการดูแลหรือบริการอื่น ๆ ได้^{9,17}

สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการดูแล แบบประคับประคองในโรคไตเรื้อรัง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความ
ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและ

ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ หน่วยบำบัดทดแทนไต เมื่อโรคไตเรื้อรังมีความก้าวหน้ามากขึ้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลแรกๆ ที่เห็นการเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและจะเป็นบุคคลแรกที่ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกไว้วางใจขอคำปรึกษา ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในประเทศสวีเดนได้มีการกำหนดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองเป็น 1 ใน 9 สมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁸ พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองระดับปฐมภูมิในโรคไตเรื้อรังได้ โดยมีทักษะที่จำเป็น 3 ทักษะ ได้แก่ การสื่อสารที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การวางเป้าหมายของการดูแลและการจัดการอาการ¹⁹ สำหรับประเทศไทย สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ปรากฏในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลไตเทียม²⁰

สมาคมโรคไตแห่งอเมริกัน (American Nephrology Nurse Association [ANNA])²¹ กำหนดบทบาทของพยาบาลโรคไตในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต สรุปได้ดังนี้

1. ให้ความรู้และให้ข้อมูล ผู้ป่วยควรได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยากรณ์ของโรค แนวทางและทางเลือกการรักษา และผลกระทบจากโรคและการรักษา รวมถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นของการรักษาในแต่ละวิธี เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้มาประกอบการตัดสินใจ ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจได้จะทำให้การวางแผนการดูแลระยะท้ายมีความซับซ้อนขึ้น⁶

2. ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมโดยใช้เครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐานและใช้หลักฐาน

เชิงประจักษ์จัดการอาการที่พบได้บ่อย รวมถึงให้การดูแลที่มีความละเอียดอ่อน คำนึงถึงบริบท วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ผ่านการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เป้าหมายของการดูแลและความปรารถนาของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดวิถีความเจ็บป่วย

4. พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการเข้าร่วมอบรมและพัฒนางานจากการวิจัยและนำความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต

5. บทบาทด้านจริยธรรม มีการศึกษาพบว่าคุณค่าความเชื่อและความรู้ของบุคลากรสุขภาพมีผลต่อการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²² ซึ่งพยาบาลต้องตระหนักในตนเอง ตรวจสอบความรู้สึกของตนเองและต้องมั่นใจว่าความคิดของตนเองไม่กระทบต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ

แนวทางการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง

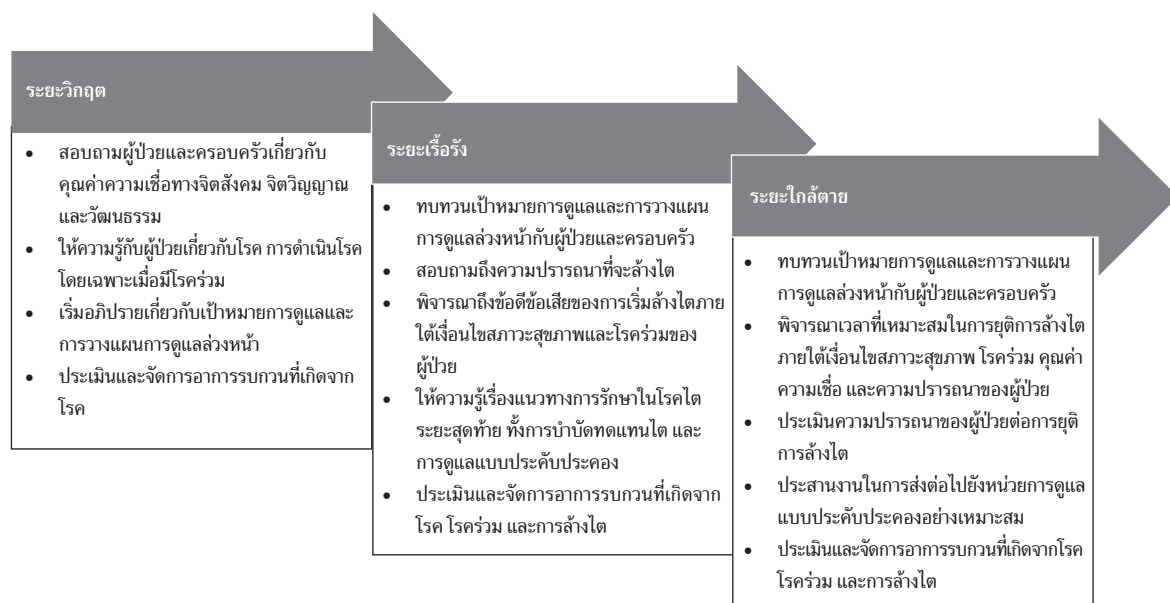
การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ จากสถานการณ์การเพิ่มจำนวนประชากรวัยสูงอายุและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั่วโลก การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคลากรสุขภาพเพียงร้อยละ 4.5 รายงานว่าได้ให้การดูแลสนับสนุนหรือการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย²³

เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ในส่วนนี้ผู้เขียน

ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดูแลแบบ
ระดับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. การบูรณาการการดูแลแบบระดับประคอง
เข้ากับการดูแลโรคไตเรื้อรังตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรค เพื่อ
ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม
และเป็นองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้การตัดสินใจ

และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแล
ระยะท้ายมีความชัดเจนขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีเวลาในการ
พิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในชีวิต
และทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทน
ทางไต แนวทางในการดูแลแบบระดับประคองสำหรับ
ไตเรื้อรังแสดงดังภาพ 1^{9,24}



ภาพ 1 แนวทางในการดูแลแบบระดับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังตามวิถีความเจ็บป่วย

2. การพัฒนาความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบ
ระดับประคอง พบว่าบุคลากรสุขภาพยังขาดความรู้
และความเข้าใจตลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการดูแลแบบ
ระดับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเห็นว่าการ
ดูแลแบบระดับประคองเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ตัดสินใจ
ยุติการล้างไต หรือการล้างไตแบบระดับประคอง²⁵
ความเข้าใจที่ตลาดเคลื่อนเหล่านี้ส่งผลให้มีการส่งต่อ
ผู้ป่วยมายังศูนย์การดูแลแบบระดับประคองล่าช้า
และผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่สอดคล้องกับความปรารถนา
ของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการ
ดูแลด้านการดูแลแบบระดับประคองจึงเป็นสิ่งสำคัญ
มีการศึกษาพบว่าภายหลังการอบรมเรื่องการตัดสินใจ

ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ
มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยการดูแลแบบระดับประคอง
และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น²⁶

3. การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมในหน่วยงาน
ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยตั้งแต่ระยะแรกของ
การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังและตัดสินใจเลือกการบำบัด
ทดแทนไต ระหว่างการรักษาและเมื่อผู้ป่วยอยู่ใน
ระยะท้ายและตัดสินใจบัพยั้งหรือยุติการล้างไต ซึ่ง
พบว่าพยาบาลมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมเมื่อให้
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้พยาบาลจมอยู่กับ
ความรู้สึกผิด²⁷ ทั้งนี้องค์กรพยาบาลมีบทบาทสำคัญ

ในการสร้างระบบและกลไกจริยธรรม โดยพบว่าการสร้างบรรยากาศทางจริยธรรมมีผลต่อความพึงพอใจในงาน ลดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม และลดการเปลี่ยนงานของพยาบาล²⁸

4. การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้ทางด้านนี้อยู่มาก วารสาร Journal of Palliative Medicine ได้เผยแพร่ประเด็นสำคัญสำหรับการวิจัยด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สิ่งที่มีผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวกลุ่มนี้ให้ความสำคัญในช่วงใกล้เสียชีวิต 2) วิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการตัดสินใจบำบัดทดแทนไต 3) การพัฒนาการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะท้ายของชีวิต และ 4) การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้²⁹ สำหรับประเทศไทยการศึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมีน้อย ดังนั้นการพัฒนาแผนที่วิจัยด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบสุขภาพจึงมีความจำเป็นและสำคัญ

สรุป

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรังมีความท้าทายตลอดวิถีความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งในประเด็นการตัดสินใจเลือกการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

การจัดการกับอาการ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ดังนั้นการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่การดูแลโรคไตเรื้อรังจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการตั้งแต่แรก และสามารถปรับตัว ยอมรับเมื่อเข้าสู่ช่วงการเปลี่ยนผ่านสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพและบุคลากรทั้งด้านความรู้ ทักษะในการดูแล และการสร้างองค์ความรู้ด้านนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง และนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวในที่สุด

References

1. Kane PM, Vinen K, Murtagh FE. Palliative care for advanced renal disease: a summary of the evidence and future direction. Palliat Med 2013;27(9):817-21. doi: 10.1177/0269216313491796.
2. Feely MA, Swetz KM, Zavaleta K, Thorsteinsdottir Br, Albright RC, Williams AW. Reengineering dialysis: the role of palliative medicine. J Palliat Med 2016; 19(6):652-5. doi: 10.1089/jpm.2015. 0181.
3. Eneanya ND, Paasche-Orlow MK, Volandes A. Palliative and end-of-life care in nephrology: moving from observations to interventions. Curr Opin Nephrol Hypertens 2017;26(4):327-34. doi: 10.1097/MNH.0000000000000337.
4. Jablonski A. The illness trajectory of end-stage renal disease dialysis patients. Res Theory Nurs Pract 2004; 18(1):51-72. doi: 10.1891/rtnp.18.1.51.28053.
5. Kilshaw L, Sammut H, Asher R, Williams P, Saxena R, Howse M. A study to describe the health trajectory of patients with advanced renal disease who choose not to receive dialysis. Clin Kidney J 2016;9(3):470-5. doi: 10.1093/ckj/sfw005.

6. Holley JL. Advance care planning in CKD/ESRD: an evolving process. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7:1033-8. doi: 10.2215/CJN.00580112.
7. Murtagh FEM, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6:1580-90. doi: 10.2215/CJN.09021010.
8. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017. Bangkok: Tax and Gernal Publication; 2017. (in Thai)
9. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, 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.
10. Senanayake S, Gunawardena N, Paliawadana P, Bandara P, Haniffa R, Karunarathna R, et al. Symptom burden in chronic kidney disease: a population based cross sectional study. *BMC Nephrol* 2017; 18(1): 228. doi:10.1186/s12882-017-0638-y
11. Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N, Tiansaard J. Symptom clusters in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2020;13:297-305.
12. Douglas CA. Palliative care for patients with advanced chronic kidney disease. *J R Coll Physicians Edinb* 2014; 44(3):224-31. doi: 10.4997/JRCPE.2014. 309.
13. Davison SN. Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. *J Palliat Care* 2011;27(1):53-61.
14. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Multidimensional symptom clusters: an exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease. *J Adv Nurs* 2016; 72(10):2389-400. doi: 10.1111/jan.12997.
15. Anderson E, Aldous A, Lupu D. Make your wishes about you (MY WAY): Using motivational interviewing to foster advance care planning for patients with chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J* 2018;45(5):411-21.
16. Punjathumjarern N, Wanchai A, Kaewboonsert D. Treatment decision-making process with continuous ambulatory peritoneal dialysis of patients with end-stage kidney disease, Phayao Hospital. *Journal of Health Science Research* 2019;13(2):1-10. (in Thai)
17. Raghavan D, Holley JL. Conservative care of the elderly CKD patient: a practical guide. *Adv Chronic Kidney Dis* 2016;23(1):51-6. doi: 10.1053/j.ackd.2015.08.003. PMID: 26709063.
18. Lindberg M, Lundström-Landegren K, Johansson P, Lidén S, Holm U. Competencies for practice in renal care: a national Delphi study. *J Ren Care* 2012; 38(2):69-75. doi:10.1111/j.1755-6686.2012.00260.x.
19. Lam DY, Scherer JS, Brown M, Grubbs V, Schell JO. A conceptual framework of palliative care across the continuum of advanced kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019;14(4):635-41. doi: 10.2215/CJN.09330818.
20. Yodchai K, Dandecha B. Competency of nurses on the nursing practitioner course in renal replacement therapy (hemodialysis) Prince of Songkla University. *Songklanagarind J Nurs* 2018;38(2):60-9. (in Thai)
21. American Nephrology Nurse Association. Position statement nephrology nurse's role in palliative and end-of-life care. *Nephrol Nurs J* 2018;45(6): 549-51, 613.
22. Bull R, Youl L, Robertson IK, Mace R, Challenor S, Fassett RG. Pathways to palliative care for patients with chronic kidney disease. *J Ren Care* 2014;40(1): 64-73. doi: 10.1111/jorc.12049.

23. Culp S, Lupu a, Arenella C, Armistead N, Moss AH. Unmet supportive care needs in U.S. dialysis centers and lack of knowledge of available resources to address them. J Pain Symptom Manage 2016;51(4):756–61. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.11.017.
24. Rak A, Raina R, Suh TT, Krishnappa V, Darusz J, Sidoti CW, et al. 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.
25. Axelsson L, Benzein E, Lindberg J, Persson C. End-of-life and palliative care of patients on maintenance hemodialysis treatment: a focus group study. BMC Palliat Care 2019;18:89. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0481-y>.
26. Corbett CM. Effecting palliative care for patients with chronic kidney disease by increasing provider knowledge. Nephrol Nurs J 2018;45(6):525–46. PMID: 30585709.
27. Gronlund CEF, Soderberg AI, Zingmark KM, Sandlund SM, Dahlqvist V. Ethically difficult situations in hemodialysis care – nurses’ narratives. Nurs Ethics 2015; 22(6):711–22. doi: 10.1177/0969733014542677.
28. Koskenvuo J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. Nurs Ethics 2019;26(3):327–45.
29. O’Hare AM, Song M-K, Tamura MK, Moss AH. Research priorities for palliative care for older adults with advanced chronic kidney disease. J Palliat Med 2017;20(5):453–60. doi:10.1089/jp