



สถานการณ์การดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง Situation of Palliative Care in Thai Elderly Patients with End Stage Renal Disease

วนิชา พึ่งชมภู DClinP.* Wanicha Puengchompoo DClinP.*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอสถานการณ์และผลกระทบที่ตามมาของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นในเรื่องของการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรพิจารณาเป็นอีกทางเลือกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย แต่กลับยังไม่มีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและอาการแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยควรจะได้การจัดการช่วยเหลือที่ดีกว่าที่ได้รับในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การดูแลระยะสุดท้าย

Abstract

This article aims to present the situation and consequences of End Stage Renal Disease (ESRD) in elderly patients. Sepecific issues need to be considered regarding palliative care options for Thai elderly patients with ESRD, who are managed without dialysis. There is a growing population of elderly patients with ESRD managed without dialysis in Thailand, and as yet palliative care services have not been developed to specifically respond to the needs of this group. As a consequence this population are likely to have unmet needs with respect to health care, and suffer from symptoms that could be better managed. Therefore, the development of a palliative care model for this population in Thailand is required.

Key words: Elderly Patients, End Stage Renal Disease, Managed without Dialysis, Palliative Care

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทนำ

สถานการณ์ปัญหาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีผลนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อนกว่าประชากรในวัยอื่น และสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุก็เสื่อมถอยลงตลอดเวลา (Curtin *et al.*, 2004) จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอันมีสาเหตุมาจากปัจจุบันประชากรสามารถดำรงชีวิตได้ยืนยาวขึ้น โครงสร้างของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไปดังจะเห็นได้จากการสำรวจประชากรกลางปีของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) พบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) เนื่องจากมีประชากรสูงอายุร้อยละ 11.47 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) และ จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมากขึ้นตามมา โรคไตวายเรื้อรังเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุจากการศึกษาของ คูมาร์และคณะ (2001) พบว่าประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มใหญ่ที่สุดโดยผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งส่วนใหญ่ผลในการรักษามักจะไปในทางที่เลวลงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเนื่องในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease (CKD)) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (US Renal Data System 2008 cited in Schieppati & Remuzi 2005) และจากอัตราส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงคาดว่าปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเพิ่มและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (Murtagh *et al.*, 2008)

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในทุกประเทศ มีแนวโน้มต่อผลในการรักษาที่เลวลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากขึ้น (Levey *et al.*, 2003) องค์การอนามัยโลก (World Health Report 2002) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้าย (ESRD) ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จาก 970, 436 ราย เป็น 1, 172,655 ราย (Chen *et al.*, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นสูงจาก 30,000 รายในปี 2000 เป็น 51,000 ราย ในปี 2010 (Noble *et al.*, 2008) ในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งชนิดฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis (HD)) การบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis (PD)) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Kidney transplantaion (KT)) ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2550-2555 เพิ่มขึ้นจาก 25,457 ราย เป็น 58,385 ๖ (Chuasuwana & Praditpornsilpa, 2012) โดยประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 45-64 ปี (45.5%), 65-74 ปี (20.6%) และ >75 ปี (13.9%) (Chuasuwana & Praditpornsilpa, 2012) ซึ่งใกล้เคียงกับลักษณะประชากรในประเทศไทยโดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอายุเฉลี่ย 75-80 ปี ขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทยจำนวนไม่น้อยที่ทุกข์ทรมานกับอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟอกไต เป็นเพราะว่าการบริหารจัดการโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายที่สูง ปัญหาทางด้านการเงินและการขาดแคลนบุคลากรรวมทั้งเครื่องมือที่ทันสมัยและพอเพียงทำให้เกิดกว่าครึ่งของผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Narenpitak & Narenpitak 2008) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งในนี้หมายถึงโดยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ปฏิเสธรับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต (reject to receive dialysis) 2) กลุ่มที่รอคอยคิวเพื่อรับการบำบัดทดแทนไตทั้งชนิด PD และ HD (waiting list) และ 3) แพทย์วินิจฉัยว่าไม่เหมาะสมที่จะได้รับการบำบัดทดแทนไต (not suitable for dialysis) ซึ่งเหตุผลที่ผู้ป่วยสูงอายุปฏิเสธรับการบำบัดทดแทนไตได้แก่ จาก

ความเสื่อมของร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ การมีโรคและอาการแทรกซ้อนภายหลังการรับการรักษาบำบัดทดแทนไต เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การลดลงของรายได้จากการเกษียณอายุงานเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายและพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในกลุ่มผู้สูงอายุ และการไม่ต้องการเป็นภาระต่อครอบครัว (Murtagh *et al.*, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งรอคอยเพื่อรับการผ่าตัดเปลี่ยนไตจากการศึกษาของมอร์ดัน และคณะ พบว่าในประเทศออสเตรเลียแม้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยและแนะนำให้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องรอคอยเพื่อรับการผ่าตัดเปลี่ยนไตถึง 4-5 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต ที่สำคัญคือข้อมูลจากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในแต่ละปี และการลงทะเบียนการรับการรักษาบำบัดทดแทนไตของหน่วยไตเทียมส่วนใหญ่ จะบันทึกแต่จำนวนและรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยอาจมีการบันทึกจำนวนและรายชื่อผู้ป่วยที่รอรับการบำบัดทดแทนไต แต่ไม่มีการบันทึกที่ชัดเจนและเป็นระบบเกี่ยวกับจำนวนที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่เหมาะสมจะได้รับการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตถูกทอดทิ้ง ให้ต้องเผชิญกับผลกระทบ และความทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิตเพียงลำพัง

ผลกระทบที่ตามมาของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย

แม้ประเทศไทยได้ผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2550 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการในการบำบัดทดแทนไตทั้ง ชนิด PD และ HD (Pungchompoo, 2014) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเลือกการรักษา แบบชนิดบำบัดทางหน้าท้อง (PD หรือ CAPD) เป็นลำดับแรก (First line) และ การบำบัดด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) เป็นลำดับรอง (Second line) (Tantivess,

werayingyong, Chuengsaman and Teerawattananon, 2013) แต่ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนไม่น้อยที่ต้องเสียชีวิตภายในเวลา 1 ปี จากผลกระทบของการรอคอยคิวเพื่อรับการบำบัดทดแทนไต ทั้งชนิดบำบัดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และ ชนิดบำบัดทางหน้าท้อง (PD) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนหนึ่งที่ไม่ต้องการเป็นภาระแก่ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ หรือค่ายาบางชนิดที่ไม่สามารถใช้สิทธิในการเบิกจ่ายได้ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต และยังมีผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอีกจำนวนหนึ่งที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรับการรักษาบำบัดทดแทนไตได้เนื่องจากข้อจำกัดของสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยในวัยสูงอายุ และจากพยาธิของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นกลุ่มที่ถูกกละเลยทั้งในการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อจัดการกับอาการแทรกซ้อนต่างๆ ขณะไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะความไม่ชัดเจนของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และการไม่มีรูปแบบการดูแลในระยะสุดท้ายที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยควรมีทางเลือกในการรับการรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องต่อปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่สำคัญ และมีความต้องการเร่งด่วนที่ควรจะต้องได้รับการแก้ไข เพราะส่งผลโดยตรงทั้งต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ลดลงของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และรวมทั้งงบประมาณของประเทศที่รัฐบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลอย่างต่อเนื่องที่ต้องเสียไปกับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไตที่ไม่ควรจะเป็นแค่ทางเลือกเดียวในการรักษา

ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายมีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน (Kumar *et al.*, 2001) และมีผลกระทบต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เออสอย พบว่าโรคไต



วายเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมหาศาลโดยรวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยอื่นๆที่สัมพันธ์กับโรคไตวายเรื้อรังได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักง่าย จากการทำลายมวลกระดูก และการเกิดภาวะกระดูกพรุน ภาวะ secondary hyperparathyroidism นอกจากนี้ยังพบว่าการหกล้มเป็นอีกปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเฉพาะภายหลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียสารน้ำออกไปจำนวนมากทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หน้ามืด และเป็นลมหมดสติ นำไปสู่การหกล้มได้ง่าย ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมั่นใจ และต้องระวังตนเองตลอดเวลา ซึ่งพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวมานี้มีผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และภาวะนอนไม่หลับในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยังพบว่าโรคไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์ต่อบัณฑิตเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะ การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ (Gusbeth *et al.*, 2007; Chuasuwan & Praditpornsilpa, 2012) มอร์ทาจซ์ และคณะ (2007) รายงานถึงผลกระทบของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะมีความทุกข์ทรมานด้วยอาการต่างๆ เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณขา เชื้องซึม อาการปวดของกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ตะคริวของกล้ามเนื้อ ยากในการควบคุมตนเอง อदनอน ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน (Murtagh *et al.* 2007) โนเบล และคณะ (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีอาการแทรกซ้อนที่สำคัญคือ อาการหายใจเหนื่อยหอบ และการมีภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือในการจัดการและควบคุมอาการเหล่านี้ (Nobel *et al.*, 2010)

ดังนั้นความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและการไม่ได้รับการสนองความต้องการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ เป็น

ผลกระทบที่สำคัญที่จะต้องได้รับการพิจารณาแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต สามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามในประเทศไทย ยังคงมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย และเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวอยู่ในระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค และเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเป็นการรักษาโดยใช้ยาเพื่อบรรเทา และควบคุม อาการแทรกซ้อนมากกว่าการรักษาเพื่อบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการรักษาอาการทางร่างกายด้วยยา การสนับสนุนด้านจิตใจ การบรรเทาอาการวิตกกังวล และการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต และเนื่องจากการบำบัดทดแทนไตก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นภาระหนักทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ การทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายในช่วงสุดท้ายของชีวิต จึงควรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด (Braithwaite 2012)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) (2004) ได้กล่าวไว้ว่า “การให้การดูแลระยะสุดท้ายสามารถฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวผู้ซึ่งกำลังเผชิญการเจ็บป่วยที่มีการเจ็บป่วยร้ายแรงต่อชีวิต ด้วยการควบคุมและบรรเทาอาการปวด การสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อได้รับการวินิจฉัยในระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงการดูแลภายหลังการเสียชีวิตแก่ครอบครัวของผู้ป่วย” แนวคิดการดูแลระยะสุดท้าย (palliative care) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตและการบรรเทาความทุกข์ทรมาน การจัดการอาการ (symptoms management) such as pain and breathlessness management) โดยสามารถบริหารจัดการร่วมกับการรักษาโดยการใส่ยา

พื้นฐานแนวคิดการดูแลระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์และสอดคล้องต่อหลักการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการร่วมมือของบุคลากรสุขภาพจากสหสาขา และการให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดการคงไว้ซึ่ง

คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่สูงสุดของบุคคล หลักเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี (Swidler 2009) มอร์ทาร์ช และคณะฯ ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังคือการรักษาเชิงรุกโดยการชื้อยาเพื่อจัดการกับภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะโลหิตจางจากโรคไตวาย ภาวะน้ำเกินและการให้การดูแลที่สอดคล้องกับกลุ่มอาการในวัยสูงอายุ ได้แก่ อาการปวด ซึมเศร้า อ่อนเพลีย เชื่องซึม และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย หลักเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Murtagh *et al.*, 2007)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization 2004) ได้วางแนวทางในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตโดยเน้นหลักการที่มองผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การให้การดูแลจึงควรเป็นหนึ่งเดียว คำนึงถึงศาสนา และการเตรียมพร้อมต่อความตายที่กำลังมาถึง การให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องมีความสมดุลระหว่าง ภาระการดูแลกับศักยภาพในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่กับภาวะแทรกซ้อนและโรคเรื้อรังต่างๆ ครอบครัวจึงเสมือนเป็นเสาหลักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ใกล้ชิดที่สุด โดยเฉพาะบริบทของสังคมไทยที่ถูกหลานต้องให้การดูแลพ่อแม่ แม่หรือผู้สูงอายุในครอบครัวเมื่อท่านเหล่านี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลต่อที่บ้านเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นมิติหลักที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการตัดสินใจ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจึงควรให้ความสำคัญในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว มากกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยเริ่มได้มีการพัฒนาและขับเคลื่อนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 นำโดยวิสัญญีแพทย์เน้นการบรรเทาอาการปวด อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาดังกล่าวมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ทำให้การดูแลระยะสุดท้ายได้ให้ความสำคัญไปในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นหลักมีการจัดตั้งศูนย์บริการระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยเอดส์ เช่น วัดพระบาทน้ำพุ ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 หลักสูตรการดูแลระยะสุดท้ายได้จัดตั้งขึ้นที่ศูนย์มะเร็งแห่งชาติในกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นอีก 10 ปี หลักสูตรอบรมการดูแลระยะสุดท้ายได้ถูกพัฒนาขึ้นที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น ต่อมาได้มีการร่างตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลในการให้การดูแลระยะสุดท้าย และการประกาศคำประกาศิตของผู้ป่วยในสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการรักษาและสิทธิในการตายโดยปราศจากการช่วยฟื้นคืนชีพ (The Thailand National Hospital Accreditation Authority uses the provision of palliative and end-of-life care as a quality indicator)

หลังจากนั้นการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทยเน้นไปทางด้านของศาสนา ความเชื่อ ความเป็นอนิจจัง การมองเป็นเรื่องของความเป็นไปตามหลักธรรมชาติ ในขณะที่เดียวกันนโยบายสุขภาพในประเทศไทยเน้นการรักษาดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกละเลยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Wright *et al.*, 2008) อย่างไรก็ตามความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพิ่มสูงขึ้น แต่ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจนโดยเฉพาะรูปแบบที่เหมาะสมต่อบริบทและสังคมไทยทั้งในการให้บริการสุขภาพระยะสุดท้ายและถึงแม้ว่าเริ่มมีการเปิดหอผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care unit) ซึ่งมีเตียงผู้ป่วยประมาณ 5-10 เตียง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ แต่การดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นการให้บริการที่จัดโดยองค์กรทางศาสนา เช่น วัด มากกว่าจะเป็นรูปแบบการบริการสุขภาพที่ชัดเจนจากหน่วยงานหลักทางด้านสุขภาพของประเทศโดยตรง

ในการศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี ของ สุพรรณิ และคณะฯ (2556) พบว่าการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของ



ภาครัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่ให้บริการเฉพาะผู้ที่มาพักอาศัย ซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม แต่เนื่องจากยังขาดระบบการประเมินระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่จะช่วยบ่งชี้ประเภทสถานบริการที่เหมาะสม และยังขาดสถานบริบาลของภาครัฐรองรับ จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงยังคงพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา แทนที่จะเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ จากการวิจัยไม่พบรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในลักษณะการให้บริการแบบหอผู้ป่วยดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย การจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา นอกจากครอบครัวแล้ว ยังมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวยังมีจำกัด สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชนในประเทศไทยของ ลินจง โปธิบาล และ คณะ (2556) ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 31 รายเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบสามประเด็นสำคัญได้แก่ 1) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุมาก มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาดูแลรักษานาน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน และมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน และสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมีความสุข คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานและคนในครอบครัว การไม่มีห่วงหรือการปล่อยวาง การปฏิบัติตาม

พิธีกรรมทางพุทธศาสนาหรือความเชื่อ 2) ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุและญาติ เรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยคือ การดูแลด้านจิตใจ การดูแลจิตวิญญาณ การดูแลด้านร่างกาย และการจัดการพิธีกรรม โดยบุคคลที่ต้องการให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุดคือ สามหรือภรรยา รองลงมาคือลูกหลาน ผู้สูงอายุมีความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และ ต้องการการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต 3) การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน ถือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัว 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล มีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่าย ขาดแคลนผู้ดูแล ขาดความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว และระบบส่งต่อไม่ชัดเจน และ 5) ปัจจัยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล งบประมาณ การสนับสนุนและการให้ความร่วมมือจากองค์กรต่างๆ ในชุมชน การมีนโยบายสนับสนุนจากรัฐและการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ดี นอกจากนี้ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกไตทางหน้าท้อง (CAPD) และเครื่องไตเทียม (HD) กับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแต่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative treatment) ซึ่งรวมถึงการควบคุมสารน้ำ การได้รับยา การถ่ายเลือด และการมาตรวจตามแพทย์นัด ของ ชีรพัฒนานนท์ และคณะฯ (2550) พบว่าประสิทธิผลในด้านคำปรึกษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแต่ได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งทางหน้าท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยพบประสิทธิผลของการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ด้านคำปรึกษาพยาบาลในทุกกลุ่มอายุ และเนื่องจากคำปรึกษาในการบำบัดทดแทนไตนั้นมีราคาแพงเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบประคับประคอง โดยพบว่าคำปรึกษาในการบำบัดทดแทนไตทางหน้าท้อง (PD) และ คำปรึกษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (HD) สำหรับผู้ป่วย 1 ราย ประมาณ

ปีละ 672,000 – 700,000 บาท และเมื่อเปรียบเทียบกับ ค่ารักษาแบบประคับประคอง (palliative care or conservative care) สำหรับผู้ป่วย 1 ราย ประมาณปี ละ 224,000 บาท ดังนั้นเมื่อมองในด้านเศรษฐกิจความ คุ่มทุนของการรักษาแล้ว การดูแลแบบประคับประคอง มีความคุ้มค่ามากกว่าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคและ ความเสื่อมของวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาชิ้นนี้ไม่ได้ศึกษาประสิทธิผลและความต้องการ และรูปแบบ ของการดูแลในระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะสุดท้าย สำหรับการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยเฉพาะในกลุ่ม ประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ในประเทศไทย

ในด้านของประสิทธิผลและความต้องการการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ รับการบำบัดทดแทนไตในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตจากมุมมองของญาติในประเทศไทยในการศึกษาของ วณิช พิงชมภู (Pungchompoo, 2014) โดยในระยะที่ 1 ของ การศึกษาจะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาย้อน หลัง (Retrospective, exploratory design) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยผู้สูงอายุเสียชีวิตแล้วในช่วง 5-10 เดือน จำนวน 12 รายเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลมา วิเคราะห์กรอบเนื้อหาในการศึกษา (framework analysis) โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-65 ปี อายุสูงสุดก่อนเสียชีวิตคือ 77 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และ 50% เสียชีวิตอยู่ที่บ้าน 41.67% เสียชีวิตภายใน 12 เดือนภายหลังตัดสินใจไม่รับการ บำบัดทดแทนไต ขณะที่ 8.33% เสียชีวิตภายใน 1 เดือน ภายหลังตัดสินใจไม่รับการบำบัดทดแทนไต ในขณะที่ ญาติที่ดูแลใกล้ชิดในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่คือ ภรรยา และลูกสาว อายุเฉลี่ยของญาติคือ 60-69 ปี

จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ วณิช พิงชมภู (Pungchompoo, 2014) พบประเด็นหลัก 4 ประเด็น

ได้แก่ ประสิทธิภาพด้านอาการและอาการแสดง ผลกระทบในการจัดการกับอาการ และความต้องการการบริการ สุขภาพและการบริการสุขภาพที่ได้รับในช่วง 1 ปี สุดท้ายของชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน และผลกระทบจากการไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ไม่ สามารถควบคุมความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอาการหลักๆ ได้แก่ 1) อาการทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะหายใจเหนื่อยหอบ อาการปวด และอาการบวม (breathlessness, pain and oedema) 2) อาการทาง จิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า (worry and low mood) 3) ภาวะแปรปรวนด้านจิตวิญญาณ (spiritual distress) และ 4) ความต้องการการดูแลระยะ สุดท้าย ได้แก่ การจัดการกับอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่บ้าน (symptom management at home) การสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ (psychological and spiritual support) การต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน สม่ำเสมอ (regular home visits) ความต้องการระบบ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (an effective referral system) ความต้องการได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสาร ในการจัดการกับอาการแทรกซ้อน (health education) และ การต้องการความช่วยเหลือด้านเงิน โดยเฉพาะค่า รักษา ค่ายา และค่าเดินทางไปโรงพยาบาล (financial support) และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ วณิช พิงชมภู (Pungchompoo, 2014) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทน ไตในช่วง 1 ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเนื่องจากพยาธิสภาพและจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และจากการ ไม่ได้บำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งไม่มีระบบบริการระยะสุดท้ายที่มี ประสิทธิภาพโดยเฉพาะระบบการส่งต่อผู้ป่วย การ ประเมินความผิดปกติของอาการแสดงต่างๆ การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับ อาการแทรกซ้อนเบื้องต้นที่บ้าน นอกจากนี้ยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้เตรียมตัวเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทยควร



จะได้รับประโยชน์จากการจัดบริการการดูแลสุขภาพใน
ระยะสุดท้ายของชีวิต แต่พบว่าผู้ไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัด
ทดแทนไตกลับไม่ได้รับความสนใจ และในประเทศไทย
ยังไม่มีรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่เหมาะสมสำหรับ
ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ
ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Fitzsimons *et al.*, 2007) ฟิตซ์ลิโมน
ส และคณะฯ ได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยโรค
มะเร็ง และผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไว้ว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วย
ที่ยาวนาน และมีความไม่แน่นอนในการดำเนินโรคจนถึง
วาระสุดท้าย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความต้องการการ
ดูแลระยะสุดท้ายที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไร
ก็ตามยังพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต ไม่
ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพใน
ช่วงสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้ายควรเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลในช่วงสุดท้ายของ
ชีวิตอย่างเหมาะสม (Murtagh *et al.*, 2007)

บทเรียนจากอดีต: การนำแนวคิดการจัดการ ตนเองมาประยุกต์ใช้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มต้น
จนถึงผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะปานกลางถึง
รุนแรงมีความซับซ้อนในการจัดการตนเอง สมาคมโรค
ไตนานาชาติ (K/DOQI, 2004; 2007) ได้แนะนำให้ผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม
ควบคุมความดันโลหิต และลดการคั่งของเสียชนิดโปรตีน
ยูเรีย (proteinuria) ในร่างกายเพื่อลดการดำเนินโรค
และแม้จะมีการศึกษาวิจัยจำนวนไม่น้อยทั้งในประเทศไทย
และต่างประเทศที่ยืนยันถึงประสิทธิผลของการจัดการ
ตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งการจัดการ
ตนเองจะเน้นบทบาทของพยาบาลที่ต้องช่วยผู้ป่วยให้มี
ความตื่นตัวในการดูแลตนเอง รวมไปถึงหน่วยไตเทียมที่
จะต้องมีระบบการส่งต่อที่ดีเมื่อโรคดำเนินไปในทางที่
แย่ลง (Costantini *et al.*, 2008; Thomas, 2009)
คอนสแตนตินี และคณะ (Contantini *et al.*, 2008)

พบว่าจากประสบการณ์ในการจัดการตนเองของผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยมีความต้องการการ
ช่วยเหลือในเรื่องข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการ
ตนเองโดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยา อาหาร และ
การควบคุมน้ำดื่ม รวมไปถึงความต้องการที่จะสามารถ
รายงานถึงอาการของโรคให้แก่แพทย์ และพยาบาลทราบ
ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองสำหรับ
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะที่ 1-3 เป็นสิ่งสำคัญเพื่อ
คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่ดีของร่างกายและสามารถลด
ความก้าวหน้าในการดำเนินของโรคลงได้ โดยผู้ป่วยโรค
ไตวายเรื้อรังทุกคนควรได้รับการแนะนำและการส่งเสริม
ให้มีความสามารถในการจัดการตนเองตั้งแต่ในระยะเริ่ม
ต้นของการเจ็บป่วย (Thomas, 2009; Costantini *et al.*, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ วินการ์ด
(Wingard, 2005) ได้กล่าวว่าการจัดการตนเองในผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังโดยจัดให้มีโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วย
อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน
ระยะยาว และพบว่าการพยายามให้ผู้ป่วยมีความเชื่อ
และความสม่ำเสมอในการควบคุมสารอาหาร และสาร
น้ำจะช่วยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ดี
(Durose *et al.*, 2004) โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่จะทำให้
บรรลุตามเป้าหมายซึ่งผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแล
ตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้แล้วนั้นจะ
เป็นการยากที่ผู้ป่วยจะสามารถป้องกันและบรรลุตามเป้าหมาย
ในการลดการดำเนินของโรคลงได้ จากการศึกษาการ
พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง
ไตเทียม (ระยะที่ 4-5) ของ วนิชา พึ่งชมพู ลินจง เป็ธิบาล,
ดิเรก บรรณจักร์ กรรณิกา เทียรณนิกุล เกสร คำดี ยุธกรณ์
ชาญสุวรรณ และ กิตติยา เสพธะยะ (2553) โดยคณะผู้
วิจัยได้จัดทำคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การ
ควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำดื่ม หลักในการรับประทาน
ยาและการสังเกตอาการข้างเคียง จัดทำวิดีโอต้นแบบทั้ง
ชาย หญิงเพื่อให้เหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย
การแจกแผ่นพับกระตุ้นเตือน รวมทั้งการให้ผู้ป่วยช่วยหา

คอยให้คำปรึกษาด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และน้ำ รวมถึงวิธีการสังเกตอาการแทรกซ้อนที่สำคัญทุกครั้งในแต่ละเดือน นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอ มีความมั่นใจ และเกิดการส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดี

อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ วณิชชา พิงชมภู ลินจง โปธิบาล ดิเรก บรรณจักร์ กรรณิกา เทียรณนิกุล เกสร คำดี ยุรภรณ์ ช่างสุวรรณ และ กิตติยา เสททะยะ (2553) ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองด้าน การควบคุมอาหาร ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยจากลักษณะของโรค และระยะเวลาในการดำเนินโรคเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้าย และภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีผลกระทบในทางลบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อจะจัดการกับภาวะต่างๆ ที่ต้องเผชิญในระยะสุดท้าย ได้ ดังนั้นการนำแนวคิดการจัดการตนเองจึงไม่มีประสิทธิผลสำหรับปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยสังเกตได้จากในการศึกษามีผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 1 รายเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามปกติ และแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอายุจัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (25-30 ปี) และไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวาน รวมทั้งผู้ป่วยจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือที่ดีก็ตาม นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังต้องพึ่งพาการรักษาด้วยการฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียมตลอดเวลา จึงมีผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความสม่ำเสมอในการจัดการตนเองโดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร (วณิชชา พิงชมภู ลินจง โปธิบาลดิเรก บรรณจักร์ กรรณิกา เทียรณนิกุล เกสร คำดี ยุรภรณ์ ช่างสุวรรณ และ กิตติยา เสททะยะ, 2553) โบเดินฮีเมอ และคณะ (Bodenheimer *et al.*, 2002; Curtin & Maps, 2001) พบว่าสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคือ การยอมรับ

เชื้อฟังและความสม่ำเสมอในการจัดการตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์ (White, 2008) ที่พบว่าหากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีความสม่ำเสมอในการจัดการตนเองจะส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวผู้ป่วย ผลการรักษา คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงในการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี หรือ อยู่ในระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีพฤติกรรมต่อการดำเนินชีวิตโดยต้องพึ่งพิงการรักษา และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเคยชิน เป็นการยาก และต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Methakanjanasak, 2005) ดังนั้นการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายจึงไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกได้

บทสรุป

เนื่องจากการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy (RRT)) เป็นปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูงในประเทศไทย (Narenpitak & Narenpitak 2008) ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อยืดชีวิต (Chiitinandana *et al.*, 2006) แต่พบว่าเกินครึ่งหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือและการได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอโดยเฉพาะ การได้รับการการรักษาอย่างต่อเนื่องในการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกไต นอกจากนี้การบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยนำไปสู่ปัญหาต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านพยาธิสภาพของโรค การดูแลรักษา และปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่าการฟอกไตไม่ได้เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ดีที่สุดในการมีภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่ดีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (Levey *et al.*, 2003) และการบำบัดทดแทนไตไม่สามารถลดหรือคงไว้ซึ่งอัตราการตายของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปที่มีปัจจัยเสี่ยง



ต่างๆ เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (Murtagh *et al.*, 2007 cited in Swidler *et al.*, 2009) ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จึงควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (conservative care/ palliative care) ที่บ้านจากทีมบุคลากรด้านสุขภาพจากสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และ ความมีศักดิ์ศรี โดยเฉพาะในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (Swidler 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ และจิตวิญญาณในการจัดการกับอาการมากกว่าการรับ การบำบัดพิเศษใดๆ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความ ต้องการโดยเฉพาะความต้องการในการดูแลระยะสุดท้าย ที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่นๆ เช่น โรค มะเร็ง (Murtagh *et al.*, 2009)

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ ดูแลรักษาระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยังคงมี การศึกษาอยู่ในกลุ่มประเทศยุโรปได้แก่ สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี สเปน และ ประเทศ

ในทวีปอเมริกาเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ใน ประเทศไทยการศึกษาวิจัยถึงประสบการณ์และความ ต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และ การพัฒนาระบบบริการในระยะสุดท้ายที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ยังมีอยู่ จำกัดและไม่ชัดเจน โดยเฉพาะความเป็นจริงที่พบว่าใน ปัจจุบันประชากรโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งใน ประเทศไทยและต่างประเทศคือกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมี จำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับ เป็นกลุ่มด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการในการบำบัด ทดแทนไต ดังนั้นรูปแบบการดูแลระยะสุดท้ายที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรจะมีการพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับ สถานการณ์ปัญหาที่จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น และ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี มีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายลดลง โดยสามารถได้รับการดูแล อย่างใกล้ชิดในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตจากครอบครัว ได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะสุดท้าย และเสียชีวิต อย่างสงบ

เอกสารอ้างอิง

- ลินจง โปธิบาล วาสนา หลวง พิทักษ์ สุภาวดี นพรงจินดา สุนทรี ชะชาตย์ และ ทิพา มหภาพรม (2556). 'การศึกษา รูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี: A Study of elderly health care service model in Suphanburi Province, *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 86-93.
- วนิดา พึ่งชมภู ลินจง โปธิบาล ดิเรก บรรณจักร์ กรรณิกา เทียรพนธิกุล เกสร คำดี ยุธรรณ ชัยสุวรรณ และกิตติยา เสทระยะ. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม*. รายงานการวิจัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). 'มิเตอร์ประเทศไทย, วันที่ค้นข้อมูล 3 กรกฎาคม 2557, เข้าถึงได้จาก <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/2013/index.php>.
- สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว และ อารยา เจริญกุล (2556). สถานการณ์การดูแลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตในชุมชน: กรณีศึกษา, *พยาบาลสาร*, 21(4), 179-189.
- Chen, N., Wang, W., Huang, Y., Shen, P., Pei, D., Yu, H., Shi, H., Zhang, Q., Xu, J., Yilun, L. & Fan, Q. (2009). Community-based study on CKD subjects and the associated risk factors, *Nephrology Dialysis Transplant*, 24, pp 2117-2123.
- Chittinandana, A., Chilimpanontree, W. and Chaloeiphap, P. (2006). Prevalence of chronic kidney



- disease in Thailand adult population, *Journal of Medical Association of Thailand*, 89 (Suppl 2), pp 112-20.
- Chuasuwana, A., and Praditpornsilpa, K. (2012). *Thailand renal replacement therapy year, 2012*, Bangkok: The Nephrology Society of Thailand.
- Costantini, L., Heather, B., McCay, E., Catran, D., Hladunewich, M., & Daphene, F. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), pp 147-156.
- Curtin, R. B., et al. (2004). Self-management, Knowledge, and Functioning and Well-Being of Patients on Haemodialysis, *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), pp 378-386.
- Durose, C. L., Holdsworth, M., Watson, V., Przygodzka, F. (2004). Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of non-compliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of the American Dietetic Association*. 104(1), pp 35-41.
- Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, S. J., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., Gamble, J., Stewart, C., Rafferty, s., McMahon, M., MacMahon, J., Mulholland, P., Stockdale, P., Chew, E., Hanna, L., Brown, J., Ferguson, G., & Fogarty, D. (2007). The challenge of patients. unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine*, 21, pp313-322.
- K/DOQI. (2004). Clinical practice guideline on hypertension and antihypertension agents in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Disease*, 43(5 Suppl 1), pp S1 –290.
- K/DOQI. (2007). Clinical practice guideline and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease: 2007 update of hemoglobin target. *American Journal of Kidney Disease*, 50, pp 471 –530.
- Kumar, S., et al. (2001). Outcome of renal replacement therapy in the very elderly. *Nephrology Dial transplant*, 16, pp 128-133.
- Levey, S. A., et al. (2003). National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American College of Physicians*, 139, pp 137-147.
- Methakanjansak, N. (2005). *Self-management of end stage renal disease patients receiving hemodialysis*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing Graduate school, Chiang Mai University.
- Murtagh, FEM, et al. (2007) Dialysis or not?: A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Journal of Nephrology Dialysis Transplantation*, 4, pp1-8.
- Murtagh, FEM., Addington-Hall, J., & Edmonds, P. M. (2007). Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *Journal of Palliative Medicine*. 10, pp 1266-1276.
- Murtagh, FEM, Murphy, E., and Sheerin, N. S. (2008). Illness trajectories: an important concept in the management of kidney failure. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 23, pp 3746-3748.
- Murtagh, FEM, Spagnolo, A. G., Panocchia, N. (2009). Conservative (non-dialytic) management of



- end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. *Progress in Palliative Care Journal*, 17(4), pp 179-186.
- Narenpitak, S and Narenpitak, A (2008). Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes in primary health care unit of UdonThani province, Thailand. *Journal of Medical Association Thai*, 91(10), pp 1505-1513.
- Noble, H., Meyer, J., Bridges, J., Kelly, D., and Johnson, B. (2008). Patient experience of dialysis refusal or withdrawal: A review of the literature. *Journal of Renal Care*, 34(2), pp 94-100.
- Noble, H., Meyer, J., Bridges, J., Johnson, B., and Kelly, D. (2010). Exploring symptoms in patients managed without dialysis: A qualitative research study. *Journal of Renal Care*, 36(1), pp 9-15.
- Praditpornsilpa, K. (2007) *Thailand renal replacement therapy year, 2007*. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand.
- Pungchompoo. W. (2014). *Experiences and health care needs of older people with End Stage Renal Disease managed without dialysis in Thailand during the last year of life*. A thesis submit of the graduate school in the fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Clinical Practicer, School of Health Sciences, University of Southampton, United Kingdom.
- Schieppati, A. and Remuzzi, G. (2005). Chronic renal disease as a public health problem: epidemiology, social, and economic implications. *Kidney International*. 68 (Suppl 98), pp s7-s10.
- Swidler, M. (2009) *Dialysis decisions in elderly patient with advanced CKD and the role of non-dialytic therapy*. The New York: Geriatric Nephrology Curriculum.
- Tantivess, S., Werayingyong, P., Chuengsamarn, P., and Teerawattananon, Y. (2013). Universal coverage of renal dialysis in Thailand promise, progress and prospects. *British Medical Journal*, pp 1-6.
- Teerawattananon, Y., Mugford, M., and Tangcharoensathien, V. (2007). Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage-renal-disease: Evidence for coverage decisions in Thailand', *Value in Health*. 10 (1), pp 61-72.
- Thomas, N. (2009). Chronic Kidney disease promoting self-management. *The British Journal of Primary Care Nursing*. 6(2), pp 34-35.
- Wingard, R. (2005). Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrology Nursing Journal*, 32(2), pp 211-214.
- World Health Organization. (2004). *A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Sub-Saharan Africa*. Available from: http://www.who.int/cancer/publications/community_health_approach/en/index.html [Accessed 15/05/12]
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002 Reducing risks. promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization Available from: <http://site.ebrary.com/lib/soton/Doc?id=10019887>
- Wright M, E. H, Phungrassami T and Bausa-Claudio A (2008) 'Hospice and palliative care in South-eastern Asia: A review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines' *A report prepared for the Open Society Institute*.