

อาการเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต : การจัดการทางการแพทย์*

บดินฐา บุญแก้ว พย.บ.** ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ปส.ด.***

บทคัดย่อ

การบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ช่วยทำหน้าที่ทดแทนไตบางประการและยืดชีวิตให้กับผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตยังอาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนความไม่สบายหลายอย่าง อาการเหนื่อยล้าเป็นอีกหนึ่งอาการไม่สบายที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุร่วมกับปัจจัยจากภาวะไตเรื้อรัง อาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลและจัดการอาการเหนื่อยล้าสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทอิสระของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต รวมทั้งนำเสนอโปรแกรมในการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าต่ออาการเหนื่อยล้า ในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการอาการ การพยาบาล ผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการเหนื่อยล้า

วันรับบทความ 29 มีนาคม 2566 วันแก้ไขบทความ 19 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2566

*ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการสนับสนุนการพัฒนางานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล ladpan@kku.ac.th

Fatigue in older people with end stage renal disease receiving renal replacement therapy: Nursing management*

Khaniittha Bunkaew B.N.S.** Ladawan Panpanit Ph.D.***

Abstract

Renal replacement therapy through continuous peritoneal dialysis or hemodialysis can perform certain renal replacement functions and prolong life for older people with end-stage renal disease. However, older people with end-stage renal disease receiving renal replacement therapy may suffer several discomfort symptoms. Fatigue is one significant symptom interfering activities of daily living. Causes of the symptom included factors associated with aging process in combination with those related to chronic kidney impairment. Fatigue affected older people in physical, psychological, social and economics, as well as spiritual dimensions. Nurses should make a plan and manage fatigue for this group of older people using independent roles effectively. This article presents literature review regarding fatigue and nursing role in fatigue management for older people with end-stage renal disease receiving renal replacement therapy. It also suggests a fatigue management program for this group of older people, which is a part of the study “effects of fatigue management program on fatigue in hospitalized older people with end stage renal disease receiving renal replacement therapy” to be a guideline for nurses to manage fatigue symptoms for the older people to have better quality of life.

keywords: symptom management; nursing; older people; end stage renal disease; fatigue

Received 29 March 2023 Revised 19 May 2023 Accepted 24 May 2023

*This academic article was supported by The Innovation Support Project, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**A student to the Master of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานในปี 2021 พบว่า 1 ใน 7 คน หรือประมาณ 37 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD)¹ ความชุกของโรคเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย จากในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 0.4 อายุ 30-44 ปี ร้อยละ 2.3 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 13.1 และพบเพิ่มขึ้นมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 39.8² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกา จีน แคนาดาและยุโรป³ เมื่อพิจารณาพร้อมกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี⁴ สะท้อนถึงปัญหาของผู้สูงอายุ CKD ในไทยที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพตามมา ถึงแม้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะเป็นการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก็ยังอาจมีอาการไม่สบาย เช่น เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คัดน้ำ นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหนื่อยล้าได้บ่อยด้วยเช่นกัน ด้วยลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอย โดยพบว่าผู้สูงอายุ CKD เกิดความเหนื่อยล้าได้จากหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ตลอดจนด้านสิ่งแวดล้อม^{5,6}

อาการเหนื่อยล้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ถือเป็นอาการคงอยู่นานกว่าอาการอื่น^{6,7} พยาบาลซึ่งมีบทบาทอิสระสำคัญในการประเมินและจัดการอาการเหนื่อยล้าจึงจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทความนี้มุ่งอธิบายความหมาย สาเหตุ ผลกระทบ การประเมิน และการพยาบาล

ร่วมกับนำเสนอโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ ESRD ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางจัดการอาการนี้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

2. ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) มีผู้ให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกัน เช่น Piper และคณะ⁸ กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลของความเหนื่อยอ่อนแรง ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวงจรชีวภาพ มีความหลากหลายของความรู้สึกไม่สบายระยะเวลา และความรุนแรง ความเหนื่อยล้าเฉียบพลันเป็นประโยชน์ในการทำหน้าที่ปกป้องตัวเอง แต่ความเหนื่อยล้าที่ผิดปกติมากเกินไป หรือเป็นอย่างต่อเนื่อง (เรียกว่าเหนื่อยล้าเรื้อรัง) จะไม่เป็นประโยชน์และอาจส่งผลให้ไม่อยากทำกิจกรรมและอยากหลีกหนีออกไปจากสถานการณ์นั้น ๆ Varricchio⁹ นิยามว่า เป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายกับสิ่งที่ทำซ้ำๆ มีระยะเวลาและความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละคนอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ไม่สามารถบรรเทาด้วยการพักผ่อนเพียงอย่างเดียว Aistars¹⁰ ระบุว่าความเหนื่อยล้าทำให้ร่างกายเสียสมดุล ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมักสัมพันธ์กับระยะของโรคและการบำบัดรักษา การศึกษาทบทวนนิยามระบุว่าอาการเหนื่อยล้า เป็นประสบการณ์อาการซับซ้อนที่พบทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงและบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังต่าง ๆ¹¹

3. สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

สาเหตุ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความ

สูงอายุ

กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเสื่อมของร่างกายที่สัมพันธ์กับอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะหลายระบบ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงได้¹² และผู้สูงอายุยังมีลักษณะเฉพาะที่มีคำย่อคือ RAMPS ได้แก่ reduced body reserve พลังงานสำรองลดลง ทำให้เหนื่อยเพลียได้ง่าย atypical presentation อาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา จึงมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ไม่ถูกต้อง มีโอกาสที่อาการเจ็บป่วยจะไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วได้ ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้เหนื่อยล้าได้ multiple pathology การเจ็บป่วยหลายโรคซึ่งมีพยาธิสภาพส่งผลต่อความเหนื่อยล้าได้ polypharmacy การได้รับยาหลายขนาน ที่อาจส่งผลต่อระบบประสาท มีอาการง่วงนอน นอนไม่หลับ หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้าได้ และ social diversity การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น ความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า มีผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้¹³

3.2 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตเรื้อรัง

อาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีหลายสาเหตุ ในที่นี้ขอนำเสนอตามทฤษฎีความเหนื่อยล้าของโปเปอร์และคณะ⁸ 14 แบบแผน ดังนี้^{5,6,7,14}

1. การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญ (accumulation of metabolites) ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญมีผลต่อความเหนื่อยล้า ใน CKD ไตทำหน้าที่ในการขจัดของเสียในร่างกายได้ลดลง มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย ส่งผลให้การหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งความสามารถในการขับกรดออกจากร่างกายลดลงจากอัตราการกรองของไตที่ลดลง เกิดภาวะ chronic metabolic acidosis ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า¹⁴ นอกจากนี้ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงจะลดแคลเซียมไอออนสำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและความทนต่อกิจกรรมลดลง¹⁴

2. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (changes in energy and energy substrate patterns) การทำงานของไตลดลงมีส่วนทำให้เบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน การจำกัดอาหารเฉพาะโรค ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย รวมถึงการสูญเสียโปรตีนและพลังงาน ทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงาน ไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้าได้¹⁴

3. แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (activity/rest patterns) การที่ร่างกายพักผ่อนมากหรือน้อยเกินไปเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้า การทำกิจกรรมมากไปร่างกายต้องใช้พลังงานมากหรือมีการสะสมของเสียจากการเผาผลาญมากทำให้เหนื่อยล้าได้ แต่หากเคลื่อนไหวน้อย การพักที่ยาวนานหรือไม่มีกิจกรรมทางกายเลยก็จะทำให้เหนื่อยล้าได้เช่นกัน ผู้สูงอายุ CKD มีอาการไม่สุขสบายหลายประการที่รบกวนการนอนหลับ และที่ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียทำให้มีการทำกิจกรรมน้อยเกินไปได้

4. แบบแผนการนอนหลับและการตื่น (sleep/wake patterns) ขณะหลับอัตราการเผาผลาญและอุณหภูมิกายลดลง ร่างกายสะสมพลังงานในเซลล์มากขึ้น มีการสะสมและสังเคราะห์โปรตีน กล้ามเนื้อคลายตัว อวัยวะได้รับการพักผ่อน เป็นช่วงที่ร่างกายสงวนพลังงานไว้ใช้ ผู้สูงอายุมีการลดลงของการนอนหลับระยะ non rapid eye movement 3 (NREM 3) ที่มีการหลั่งฮอร์โมนช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ มีการลดลงของ REM นอนหลับไม่เพียงพอ ไม่ต่อเนื่อง ตื่นบ่อย รวมทั้งภาวะ CKD มีอาการไม่สุขสบายหลายอย่างที่รบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา นอกจากนี้ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น Obstructive sleep apnea (OSA) ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของความเหนื่อยล้า การศึกษามากมายที่พบความสัมพันธ์ระดับสูงระหว่าง CKD กับ OSA ขณะที่ OSA ก็เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยพบ OSA ประมาณ 40%–64% ของผู้สูงอายุ CKD ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิด OSA ในผู้สูงอายุ CKD เช่น sympathetic tone เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง ขาดออกซิเจน และ

น้ำเกิน¹⁴

5. แบบแผนสภาวะของโรค (disease patterns) พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้มีการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงานลดลง มีการขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์หรือมีการขนส่งออกซิเจนและอาหารเพื่อนำไปสร้างเป็นพลังงานได้ไม่ดี ซึ่งใน CKD ไตทำหน้าที่ในการขับของเสียและนำส่วนเกินในร่างกายได้ลดลง มีภาวะของเสียและน้ำคั่งในร่างกาย ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง อีกทั้งผู้สูงอายุ CKD มีภาวะชืดจากหลายสาเหตุ ที่สำคัญคือ ฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเลือด (Erythropoietin) ลดลงทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลง ขาดสารอาหารในการสร้างเลือดบางชนิด (เช่น ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12) เม็ดเลือดแดงอายุสั้นกว่าปกติหรือการสูญเสียเลือด สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุ CKD เกิดภาวะชืดได้ และภาวะชืดนี้ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

6. แบบแผนการรักษา (treatment patterns) การรักษา CKD โดยการบำบัดทดแทนไต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า โดยทำให้ร่างกายสังเคราะห์โปรตีนลดลง และเพิ่มการสลายโปรตีนมากขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อจึงมีจำนวนน้อยลง หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เช่น การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อาจมีการติดเชื้อในช่องเยื่อช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาจมีความดันโลหิตลดลงหลังฟอก ทำให้การขนส่งออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เกิดความเหนื่อยล้าตามมา และพบว่าในวันที่ได้รับการฟอกเลือดจะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าวันที่ไม่ได้ฟอกเลือด¹⁵

7. แบบแผนอาการแสดงของโรค (symptom patterns) อาการแสดงของโรคเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งผู้สูงอายุ CKD มักมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ เป็นตะคริว กล้ามเนื้อ

อ่อนแรง ปวดข้อ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน คัน เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก อาการเหล่านี้ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ใช้พลังงานมากขึ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

8. แบบแผนสภาพจิตใจ (psychological patterns) ผู้สูงอายุ CKD มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาคนอื่น เครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานสูง สูญเสียพลังงาน หากเกิดนานอาจทำให้ร่างกายเสียสมดุลพลังงาน เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้พบว่าอาการซึมเศร้า การมีภาวะซึมเศร้า และการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ CKD ¹⁴

9. แบบแผนการใช้ออกซิเจน (oxygenation patterns) มีการศึกษาพบว่า การเพิ่มขึ้นของกระบวนการหายใจแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic respiration) มีส่วนทำให้เกิดพยาธิสรีรวิทยาของความเหนื่อยล้า¹⁴ ผู้สูงอายุ CKD เกิดภาวะ lactic acidosis ได้เร็วกว่าผู้มีสุขภาพดีในการตอบสนองต่อระดับกิจกรรมทางกายภาพที่ต่ำ ที่อาจส่งผลในการเกิดอาการเหนื่อยล้า และยังมีปัจจัยที่รบกวนระดับออกซิเจนในปอดหรือในกระแสเลือด เช่น ภาวะชืด เป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

10. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสารสื่อประสาท (changes in regulation transmission patterns) การเสียดุลน้ำ/อิเล็กโทรไลต์จะส่งผลต่อการควบคุมสารสื่อประสาท เช่น ทริปโตเฟน (tryptophan) ซีโรโทนิน (serotonin) และเมลาโตนิน (melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokine) ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ วงจรชีวภาพ (circadian rhythms) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

11. แบบแผนของสิ่งแวดล้อม (environment patterns) เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น เสียงดัง แสงสว่างมากเกินไป อุณหภูมิสูงเกินไป

สารก่อให้เกิดอาการแพ้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

12. แบบแผนทางสังคม (social patterns) เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนทางสังคมในด้านวัฒนธรรม และความเชื่อ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจทำให้บุคคลรู้สึกเครียด จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

13. แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (life event patterns) การเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้

14. ปัจจัยในตัวบุคคล (innate host factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ผู้ที่อายุมากขึ้นเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายจากกระบวนการความสูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว

4. ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

อาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 4 ด้าน^{6,7,15} ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หดแรง มีการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะพึ่งพาทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัว

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลงและขาดสมาธิ รู้สึกไม่มีความสามารถ ไม่มีประโยชน์ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยความรุนแรงขึ้นทำทาบาทหนักที่ลดลง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าตามมา

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทาบาทหนักในครอบครัวลดลงและเป็นภาระครอบครัวมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว และไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับสังคมได้เหมือนเดิม

บางรายแยกตัวออกจากสังคม

4. ด้านจิตวิญญาณ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ชีวิตไม่แน่นอน ความหวังลดลงในการต่อสู้กับโรคไตเรื้อรัง ที่ต้องมีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดบ่อย ๆ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อได้ลดลง ทำให้ขั้นตอนความหวังกำลังใจจนถึงหมดพลังใจ คิดมากกับความตายจากการเจ็บป่วย

5. การประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังควรครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม โดยการซักประวัติความเจ็บป่วยทั่วไป ความเจ็บป่วยในอดีต ภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี การใช้ยาและอาหารเสริม ประวัติอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ รูปแบบของอาการ ช่วงระยะเวลาเกิดอาการ การเปลี่ยนแปลงของอาการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ ประเมินผลกระทบของอาการต่อกิจกรรมที่ทำ ผู้ดูแลและการสนับสนุนของครอบครัว รวมถึงอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ CKD เป็นอาการที่พบร่วมกับกลุ่มอาการอื่น ควรประเมินอาการร่วม (เช่น ภาวะโลหิตจาง อาการปวด ภาวะจิตใจและอารมณ์ ปัญหาการนอน ภาวะโภชนาการช่องปากและฟัน ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่) โรคร่วม (เช่น ความผิดปกติของหัวใจ ปอด ไต ตับ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท การติดเชื้อในร่างกาย) และผลข้างเคียงจากยา (เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ระงับประสาททำให้เกิดอาการซึม นอนหลับมาก เหนื่อย) แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 ประเมินจากความรู้สึกของบุคคล (subjective data) เช่น (1) The Profile of Mood State (POMS)¹⁶ มีการประเมิน 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล (tension/anxiety) ซึมเศร้า (depression/dejection) โกรธ (anger/hostility) อ่อนเพลีย (fatigue/Inertia) การทำกิจกรรม (vigor/activity) และสับสน

(confusion/ bewilderment) โดยสามารถเลือกประเมินเฉพาะรายด้านได้ (2) The Revised Piper fatigue scale (PFS)⁸ ซึ่งปรับปรุงจากแบบวัดในปี 1987 และ 1989 ลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตาร่วมกับคำถามปลายเปิดและมาตรวัดรวม 27 ข้อ ต่อมาได้ปรับปรุงเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) ลดเหลือจำนวน 22 ข้อ เรียกแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ฉบับปรับปรุง และแปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยวรรณ ปลูกษณภานุรังสี¹⁷ (3) Multidimensional fatigue inventory (MFI-20) สร้างขึ้นใน ปี 1996¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดยอรรณู ชิตชอบ¹⁹ เป็นการวัดอาการเหนื่อยล้าหลายมิติ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย การลดลงของกิจกรรม การลดลงของแรงจูงใจ และความเหนื่อยล้าด้านจิตใจ

5.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคล (objective data) โดยการสังเกตอาการแสดงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น (1) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Rhoten²⁰ (2) การตรวจทางสรีรวิทยาและชีวเคมี โดยการใช้ผลตรวจทางสรีรวิทยา เช่น สารสื่อประสาท คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับออกซิเจน อุณหภูมิของร่างกาย และระดับชีวเคมี

6. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ควรจัดการตามสาเหตุเป็นอันดับแรกหากทำได้ เช่น ให้เลือดเพื่อลดภาวะซีด²¹ ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อ แต่เมื่อไม่สามารถจัดสาเหตุได้จึงเป็นการจัดการอาการซึ่งแบ่งเป็นการจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการโดยใช้ยา เช่น ให้ยาลดความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ซึ่งการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยใช้ยาในผู้สูงอายุมีปัจจัยซับซ้อนหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญลด

ลง กระบวนการเผาผลาญและการขับออกของยาเกิดการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction: ADR) รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการใช้ยาไม่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องติดตาม การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุไตเรื้อรังเนื่องจากความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งยังไม่มียาบรรเทาอาการเหนื่อยล้าโดยตรง ดังนั้น บทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระคือการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา รายละเอียดดังนี้

6.1 โภชนาการ

ควรประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง (เพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวที่เหมาะสม (Ideal body weight: IBW) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (เช่น อัลบูมิน กลีโกลิ ระดับน้ำตาลในเลือด ความเข้มข้นของเลือด) เพื่อจัดอาหารให้เหมาะสม ควรจัดปริมาณพอดี เมนูหลากหลาย สีสัน เนื้อสัมผัสอ่อน เคี้ยวง่าย ความหนืด ขนาดของชิ้นพอร์ด สอดคล้องกับความชอบ ความเชื่อ และบริบทของผู้สูงอายุ ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับความผิดปกติของร่างกาย และจัดบรรยากาศที่ส่งเสริมการรับประทานอาหาร²² ควรจัดอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน (คาร์โบไฮเดรต) ควรจัดให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ พลังงานที่ต้องการประมาณ 30-35 กิโลแคลอรี ต่อ IBW 1 กิโลกรัมต่อวัน โดยร้อยละ 60 มาจากคาร์โบไฮเดรต เลือกที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (glycemic index) ต่ำ หลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตโมเลกุลเชิงเดี่ยวโดยเฉพาะน้ำตาล ขนมหวาน และอาหารว่างที่มีน้ำตาล หลีกเลี่ยงที่มีส่วนผสมของผงฟู

หมู่ที่ 2 เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว (โปรตีน) ผู้ที่ล้างไตทางหน้าท้องควรได้รับโปรตีน 1.2 - 1.3 กรัม ต่อ IBW 1 กิโลกรัมต่อวัน เนื่องจากมีการสูญเสียกรดอะมิโนและโปรตีนระหว่างการล้างไต ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดควรได้รับ 1-1.2 กรัมต่อ IBW 1 กิโลกรัมต่อวัน เพื่อทดแทนการสลายของกล้ามเนื้อและกรดอะมิโน

ที่สูญเสียในระหว่างฟอกเลือด โดยร้อยละ 50 ควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High biological value Protein: HBV คือโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ร่างกายสามารถย่อย ดูดซึม และนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่) เช่น ไข่ขาว ปลา ไข่ เนื้อไม่ติดมัน เลือกที่ปรุงสุก หลีกเลี่ยงเนื้อติดมัน อาหารคลอเลสเทอรอลสูง อาหารรสเค็ม อาหารแปรรูป

หมู่ที่ 3 ผักต่างๆ และหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ (เกลือแร่และวิตามิน) ควรจำกัดเกลือโซเดียม ไม่เกิน 1-2 กรัมต่อวัน (เกลือแกลบประมาณ 1-2 ช้อนชาหรือน้ำปลา 2.5-5 ช้อนชา) ผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องควรได้รับโซเดียมประมาณ 1200 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 400 มิลลิกรัม วันละ 3 มื้อ (เท่ากับซีอิ๊วขาว ประมาณ 1 ช้อนชาต่อมื้อ) ควรจำกัดโซเดียมโดยหลีกเลี่ยงการใช้น้ำปลา ผงชูรสและซุบก้อนในการปรุงรส หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณน้ำจิ้มต่างๆ ลดขนมหวานที่มีโซเดียมแฝง เช่น เบเกอรี่ ขนมที่มีกะทิ จดอาหารหมักดองทุกชนิด รวมถึงอาหารแปรรูป ปรุงรสอื่นแทนรสเค็ม เช่น เปรี้ยวหรือเผ็ด หรือใส่เครื่องเทศ/ สมุนไพร ช่วยให้กลิ่นหอมมารับประทานมากขึ้น เช่น กระเทียม ขิง ข่า ตะไคร้ โหระพา มะนาว หรือจัดให้มีสีสันสวยงาม ผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องมักมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ เนื่องจากการล้างไตกำจัดโพแทสเซียมออกได้ดีมาก อาจมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูงได้แต่โอกาสเกิดน้อยมาก การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมหรือการจำกัดผักผลไม้จึงขึ้นอยู่กับระดับโพแทสเซียมในเลือด²³ ควรรับประทานผักผลไม้หมุนเวียนเป็นประจำและหลากหลาย สีเข้ม-อ่อนสลับกันไป ควบคุมการติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดมักมีโพแทสเซียมสูงจึงควรหลีกเลี่ยงผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง (เช่น กลุ่มผักสีเข้ม ถั่วเมล็ดแห้ง นมและผลิตภัณฑ์จากนม ทูเรียน ถั่วลิสง ถั่วฝักยาว ผลไม้แห้งต่าง ๆ)²³ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมักมีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง ฟอสฟอรัสกำจัดออกทางการล้างไตทางช่องท้องได้จำกัด จึงต้องใช้วิธีอื่นเพื่อ

ลดฟอสฟอรัสที่เข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง และแพทย์จึงใช้ยาจับฟอสฟอรัสพร้อมอาหารค่าแรก ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดมีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามินจากการรับประทานอาหารได้น้อย และสูญเสียวิตามินที่ละลายน้ำได้ระหว่างการฟอกเลือด จึงควรได้รับเสริม เช่น วิตามินบี1 บี2 บี3 และบี12 ไบโอดีน ไนอาซีน วิตามินซี และกรดโฟลิก

หมู่ที่ 5 ไขมัน ควรจำกัดอาหารไขมันอิ่มตัว (saturated fat) เช่น น้ำมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนย เลือกไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว เช่น น้ำมันรำข้าว และไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง

6.2 การนอนหลับ

ควรส่งเสริมการนอนหลับโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ 5 ด้านหลัก ที่มีคำย่อช่วยจำเป็น 1B2E2M24 คือ (1) behavioral factors ด้านพฤติกรรม เช่น สุขอนามัยการนอนหลับที่ดี (2) emotional factors ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล เศร้า เสียใจ (3) environmental factors ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (เช่น เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ) และด้านการปฏิบัติการพยาบาล (เช่น การวัดสัญญาณชีพ ให้ยา เจาะเลือด) (4) medical factors ด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ไข้ ไม่สบาย ถ่ายปัสสาวะบ่อย (5) medication factors ด้านยา เช่น ยาที่มีผลรบกวนการนอนหลับ

ควรแนะนำให้ผู้ป่วยอายุเข้านอนไม่เกิน 22.00 น. เพื่อให้หลับลึกในช่วง 23.00 น. ถึง 01.00 น. เพราะเป็นช่วงที่ฮอร์โมนการเจริญเติบโตหลั่งมาซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น แนะนำให้มีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีเพื่อให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพ^{24,25} ลดอาการเหนื่อยล้า²² เช่น 1) เข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา 2) รับแสงแดดให้มากที่สุดในตอนกลางวัน 3) มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น แต่หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหักโหมตอนเย็นและก่อนนอน 4) หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟในตอนบ่ายเย็นหรือก่อนนอน 5) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อเย็นมากเกินไป 6) จัดสภาพ

แวดล้อมให้เหมาะสม ลดแสงเสียงและสิ่งรบกวนอื่น ๆ 7) อาบน้ำอุ่นก่อนนอน 2 ชั่วโมง 8) หลับกลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง และ 14 น. 9) ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน เช่น ฟังเพลง ดนตรี ธรรมะ นวด ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ^{22,24,25,26}

6.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายช่วยให้ผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้ารู้สึกมีพลังมากขึ้น ควรแนะนำการออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ หรือหยุดติดต่อกันไม่เกิน 2 วัน ครั้งละ 20-45 นาที หรือขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย ควรออกกำลังกายในระดับปานกลาง ไม่หนักจนเหนื่อยล้ามากเกินไป ตัวอย่างการออกกำลังกายขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลในท่านอนหงาย 7 ท่าท่าละ 10 ครั้ง²² ดังนี้ ท่าที่ 1) กระดกปลายเท้าขึ้น-ลง 2) งอเข้าเข้าหาลำตัวแล้วยืดกลับ 3) งอสะโพกให้ขาชิดหน้าอกแล้วหมุนซ้าย-ขวา 4) กำมือ แล้วหมุนข้อมือเข้า-ออก 5) งอข้อศอกเข้า-เหยียด-คว่ำ-หงาย 6) งอหัวไหล่หมุนเข้า-ออก และ 7) หายใจเข้า-ออก

6.4 การสงวนพลังงาน

แนะนำหลักการสงวนพลังงาน (energy conservation) ซึ่งเป็นการรักษาสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อนโดยใช้คำช่วยจำเป็น 7P^{27,28,29} คือ 1) จัดลำดับความสำคัญ (prioritizing) โดยจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก เช่น ลดชั้นลงบันไดในระหว่างวัน 2) วางแผน (plan) เช่น ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ตามความสามารถ วางแผนตารางกิจกรรม ไม่ใช้พลังงานมากเป็นเวลานาน ทำทีละอย่าง แบ่งงานหรือกิจกรรมออกเป็นขั้นตอน เตรียมสิ่งของให้พร้อมวางสิ่งของที่ใช้อยู่ในที่ไม่ต้องเอื้อม ก้มหรือเอื้อม ปรับวิธีการทำกิจกรรม เช่น การนั่งขณะอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้า มีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม 3) ยอมรับการช่วยเหลือ (permission) โดยรับหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรม ใช้อุปกรณ์/เครื่องมือช่วย เช่น ใช้เครื่องซักผ้า แทนการซักมือ ใช้ไม้เท้าด้ามยาวพอดีเพื่อลดการก้มตัว ใช้รถเข็นมีล้อช่วยเคลื่อนย้ายสิ่งของ 4) ปรับความเร็ว

ช้าในการทำกิจกรรม (pacing) เช่น ใช้เวลาเพียงพอในการทำกิจกรรม ทำอย่างช้า ๆ ในช่วงที่มีพลังงานสูงสุด ไม่เร่งรีบ ประเมินตนเองหยุดพักก่อนหมดแรง รวมทั้งพักให้เพียงพอจนหายเหนื่อยก่อนทำกิจกรรมต่อมา 5) เทคนิคหายใจเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย (pursed lip breathing technique) ควบคุมจังหวะการหายใจโดยหายใจเข้าช้า ๆ ทางจมูกและหายใจออกทางปาก ระยะเวลาของการหายใจออกเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า ปรับความเร็วและท่าทางของร่างกายให้เข้ากับจังหวะหายใจ โดยหายใจเข้าเมื่อเหยียดแขนออกและขยายหน้าอก (เช่น ยืดลำตัวหรือยกแขนขึ้น) และหายใจออกเมื่อเคลื่อนที่ไปในทิศทางตรงกันข้าม ประสานการหายใจกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยหายใจเข้าเมื่อเตรียมออกแรง หายใจออกเมื่อออกแรง 6) ตำแหน่งและท่าทาง (Positioning) โดยหลีกเลี่ยงท่าทางที่เหนื่อยและอึดอัดที่อาจทำให้หายใจไม่ออก นั่งทำกิจกรรมทุกครั้งที่ทำได้ หลีกเลี่ยงงานที่ต้องยืน นั่งยอง ๆ หรือ ก้มตัวนาน หลีกเลี่ยงการยกแขนสูงเกินระดับไหล่ รักษาแนวร่างกายให้ตรงในขณะที่ทำกิจกรรม กางแขนให้ตรงและแนบลำตัวขณะ/ยกถือของและกระจายน้ำหนักระหว่างแขนทั้งสองข้างให้เท่า ๆ กัน ใช้ท่าที่เอื้อต่อการหายใจแบบกะบังลมเมื่อรู้สึกเหนื่อย (นั่งพัก เอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ผ่อนคลายไหล่ วางมือไว้ที่ต้นขาทั้งสองข้างและพักเท้าบนพื้นตามสบาย) ลดความสูงของโต๊ะให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการก้มตัวขณะดึงวัตถุขึ้นจากพื้น 7) ทศนคติเชิงบวก (positive attitude) จดจ่อกับสิ่งที่ทำได้เพื่อคงคุณภาพชีวิตที่ดี คิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้แทนการมุ่งเน้นกับสิ่งที่ทำไม่ได้

6.5 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

การส่งเสริมจิตใจและจิตวิญญาณ^{22,30} เช่น

1) การให้คำปรึกษาขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อลดความไม่เข้าใจหรือสับสนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ช่วยให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2) การจัดกิจกรรม

บำบัด เช่น ดนตรีบำบัด การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา สมาริบำบัด ศิลปะบำบัด การฝึกการหายใจเป็นจังหวะ²⁹ ตามความชอบและความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ญาติ และ/หรือผู้ให้การดูแล 3) การส่งต่อหากให้คำปรึกษาและ/หรือทำกิจกรรมบำบัดแล้วไม่ดีขึ้นตามเป้าหมาย ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลหรือส่งปรึกษาทีมสุขภาพจิตต่อไป

7. โปรแกรมในการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวอย่างโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอแนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการอาการ

โปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผนและดำเนินตามขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความสามารถในการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง ดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 1, 3 และ 5 ของการนอนโรงพยาบาล ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ⁵ ได้แก่ 1) ประสพการณ์อาการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประเมินประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ทั้งมิติด้านบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมโดยกระตุ้นให้ทบทวนอาการผลกระทบ ผู้ดูแลและการสนับสนุนของครอบครัว วัดอาการเหนื่อยล้าด้วย MFI-20 และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) วิธีการจัดการอาการ นำข้อมูลจากผลการประเมินมาปรับการรับรู้สาเหตุและอาการตามความเป็นจริง โดยส่งเสริมให้สามารถจัดการอาการอย่างถูกวิธีตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกลับบ้าน ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ สาเหตุ การจัดการ อาการผิดปกติที่ควรแจ้งแพทย์หรือมาโรงพยาบาลทันที ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วม และแจกคู่มือเพื่อทบทวนเพิ่มเติม สอนและสาธิตการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน 3) ประเมินผลลัพธ์หลังจัดการอาการ โดยให้ประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินท้ายเล่มคู่มือ พยาบาลประเมินความรู้ และติดตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนกลับบ้าน ดังตารางที่ 1

ครั้งที่	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
1 (วันที่ 1 ที่โรงพยาบาล)	ประเมินประสพการณ์อาการเหนื่อยล้า กิจกรรมรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประเมินประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตนเอง ทั้งมิติด้านบุคล สุขภาพความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม โดยการพูดคุยสอบถาม และใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ MFI-20 และ ADL	15
	วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า ในผู้สูงอายุโตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหัวข้อดังนี้ 1. อาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโตเรื้อรัง และสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า 2. การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโตเรื้อรัง ได้แก่ เทคนิคการสงวนพลังงาน การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการส่งเสริมจิตใจและจิตวิญญาณ หลังชมวีดิทัศน์เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแจกคู่มือสำหรับอ่านทบทวนความรู้เพิ่มเติมและปฏิบัติตาม	15
2 (วันที่ 3 ที่โรงพยาบาล)	ทบทวน ความรู้ความเข้าใจ และติดตามผลการจัดการอาการ สอนและสาธิตการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน 7 ข้อ: (จัดลำดับความสำคัญ วางแผน ยอมรับความช่วยเหลือ จังหวะ การหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย ตำแหน่งและท่าทาง และทัศนคติเชิงบวก) ให้ผู้สูงอายุได้ลองปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล พร้อมเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามข้อสงสัยให้กำลังใจ ชมเชยในการปฏิบัติกิจกรรมและจัดการอาการเหนื่อยล้าได้	30-45
3 (วันที่ 5 ที่โรงพยาบาล)	เสริมสร้างมั่นใจในการจัดการอาการก่อนที่จะกลับไปอยู่บ้าน ทบทวนความรู้ และทักษะการใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน พร้อมประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	30
4 (หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์)	โทรศัพท์ติดตามและประเมินผล สรุปผลการทำแบบประเมิน ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม กล่าวขอบคุณและให้กำลังใจผู้เข้าร่วมที่ให้ความร่วมมือ	10

สรุปและข้อเสนอแนะ

อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นอาการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญสร้างความทุกข์ทรมานรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างยิ่ง และเป็นอีกอาการที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ สามารถจัดการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการจัดการอาการทั้งโดยตัวผู้สูงอายุเอง ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลที่มีบทบาทในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความรู้ทักษะการจัดการอาการเหนื่อยล้าได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

- Centers for Disease Control and Prevention. Chronic kidney disease in the United States, 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://kku.world/t8d2n>
- Tanagitjaru P, Bunnak S, Phichaiwong W. Chronic kidney disease. Thailand medical services profile 2011–2014 [Internet]. 2014. Available from: <https://kku.world/ypd0w>. (in Thai)
- Tonelli M, Riella M. Chronic kidney disease and the aging population. Indian Journal of Nephrology 2014;24(2):71–4.
- Institute for Population and Social Research Mahidol University. Meter Thailand [Internet]. 2022. [cited 2022 May 1]. Available from: <https://kku.world/9yot5> (in Thai)
- Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33(5):668–76.
- Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. Oncol Nurs Forum 1987; 14(6):17–23.
- Joshwa B, Campbell ML. Fatigue in patients with chronic kidney disease: Evidence and measures. Nephrology Nursing Journal 2017;44(4):337–43.
- Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM, et al. The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 1998;25(4):677–84.
- Varrichio CG. Selecting a tool for measuring fatigue. Oncology Nursing Forum 1985; 12:122–7.
- Aistars J. Fatigue in the cancer patients: A concept approach patients. Oncol Nurs Forum 1987;14(6): 25–30.
- Billones R, Liwang JK, Butler K, Graves L, Saligan LN. Dissecting the fatigue experience: A scoping review of fatigue definitions, dimensions, and measures in non-oncologic medical conditions. Brain Behav Immun Health. 2021 Aug; 15: 100266.
- Miller CA. Nursing for wellness in older adults. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
- Kaewwilai L. Comprehensive geriatric assessment in community: Roles of nurse practitioner. Journal of Public Health Nursing 2022;36(1):135–52. (in Thai)
- Gregg LP, Bossola M, Ostrosky-Frid M, Hedayati SS. Fatigue in CKD: Epidemiology, pathophysiology, and treatment. Clin J Am Soc Nephrol 2021;16(9):1445–55. doi: 10.2215/CJN.19891220. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33858827; PMCID: PMC8729574

15. Debnath S, Rueda R, Bansal S, Kasinath BS, Sharma K, Lorenzo C. Fatigue characteristics on dialysis and non-dialysis days in patients with chronic kidney failure on maintenance hemodialysis. *BMC Nephrol* 2021; 22:112. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02314-0>
16. Ju A, Unruh ML, Davison SN, Daputo J, Dew MA, Fluck R, et al. Patient-reported outcome measures for fatigue in patients on hemodialysis: A systematic review. *Am J Kidney Dis* 2018;71(3):327-43. doi: 10.1053/j.ajkd.2017.08.019. Epub 2017 Dec 1.
17. McNair D, Lorr M, Droppleman L. Profile of mood states. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service; 1981.
18. Pritsanapanurungsie P, Hanucharumkul S, Ratanatharathom V. Patterns of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy. *Rama Nurs* 2001;7(2):97-110. (in Thai)
19. Smets EMA, Garssen B, Schuster ALJ, Haese JC. Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. *Br J Cancer* 1996;73:241-5.
20. Chidchob A. Self-management for fatigue in patient with chronic obstructive pulmonary disease. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008. (in Thai)
21. Metzger M, Abdel-Rahman EM, Boykin H, Song MK. Anarrative review of management strategies for common symptoms in advanced CKD. *Kidney Int Rep* 2021;6(4):894-904.
22. Rhoten D. Fatigue and the postsurgical patient. In Norris CM, editor *Concept clarification in nursing*. Rockville, MD: Aspen; 1982: p.227-300
23. Charuwanno R, Kadeelok P. Fatigue among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis: The nurse's role. *JOPN* 2020;12(1):187-96. (in Thai)
24. Laohacharoenyot N. Food and potassium [Internet]. 2014. [cited 2023 April 29]. Available from: <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-62> (in Thai)
25. Panpanit L. Sleep promotion for older people. Khonkean Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2022. (in Thai)
26. Phetsri K, Yodchai K, Chinnawong T. Insomnia, related factors and nurse's roles in insomnia management among end stage renal disease patients. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(4):130-6. (in Thai)
27. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-related fatigue version 2. *JNCCN* 2015;13(8):1012-39.
28. Hospital unit coordinating committee level of occupational therapy. Energy conservation techniques [Internet]. 2021. [cited 2022 July 31]. Available from: <https://kku.world/ws5g9>
29. Panpanit L. Energy conservation in dyspnea management. Khonkean: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2022. (in Thai)
30. Jitchan P, Yindesuk T, Konkanghana P. The effect of symptom management program on fatigue symptom and functional performance in patients with chronic kidney disease. *JRTAN* 2018;19(2):152-60. (in Thai)
31. Artiwitchayanon A. Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *BJM* 2017;4(2): 67-78. (in Thai)