

กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย

(สำหรับผู้ดูแลหลัก)

จิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย (สำหรับผู้ดูแลหลัก)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์	อธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์สกานต์ บุนนาค	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะผู้นิพนธ์

นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตม์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวอรสา อัครวัชรางกูร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางอัญเชิญ ชัยล้อรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางพรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางพิมพ์สุดา เจี่ยปิยสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวมยุรี จันทร์มี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสนธิกานต์ ราชโทสี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายโชตินรินทร์ ไชยรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ดร.โสภิต ทับทิมหิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายธีระพันธ์ กากแก้ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวนันทิยา แก้ววงษา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิง ปฐมพร ศิรประภาศิริ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ดร. ชลิยา วามะลุน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

จัดทำโดย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 591 8277 โทรสาร 02 591 8277

ISBN : 978-974-422-903-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2562 จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท อิส ออกัส จำกัด

คำนิยม

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นเรื่องสำคัญของระบบสุขภาพไทย และเป็นข้อมติขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 67 ในปี พ.ศ.2557 ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิก สร้างความเข้มแข็งในการจัดกระบวนการจัดกระบวนการดูแลแบบประคับประคองให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคตลอดช่วงชีวิต สำหรับผู้สูงอายุแม้ว่าไม่มีโรคก็มีความเสื่อมของอวัยวะที่เกิดขึ้นตามวัยเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายมักทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลตัดสินใจไม่ได้ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และความทุกข์ทรมานจากการรักษา ผู้ป่วยและญาติบางรายตัดสินใจว่าจะไม่รักษาและขอกลับบ้าน แต่ก็ขาดผู้ดูแลที่มีความรู้ ผู้ป่วยอีกกลุ่มได้ทำหนังสือแสดงเจตนาการไม่ประสงค์จะยื้อชีวิตหรือบอกกล่าวกับครอบครัวส่วนหนึ่งมีความประสงค์จะรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก็จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่มีความรู้เช่นกัน

คู่มือเล่มนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะท้าย และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญาณในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการทำงานของทีมเยี่ยมบ้านจากภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ ลดการกลับเข้าสู่โรงพยาบาลและอาจได้รับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายที่ประสงค์จะเสียชีวิตที่บ้านได้ ลดภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางและใช้ชีวิตในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาระยะท้ายในเมืองใหญ่ และช่วยลดปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่งผมเห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย จำเป็นต้องมีความรู้ ความเอาใจใส่และความห่วงใยจากครอบครัวผู้ดูแลหลักและเครือข่ายสุขภาพร่วมกัน

(นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนิยม

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายเป็นเรื่องใกล้ตัวสำหรับประชาชนไทย เนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ คนไทยส่วนหนึ่งมีครอบครัวสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่บางคนมีโรคที่อาจเป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ ช่วงระยะเวลาที่เหลืออยู่ไม่มากนี้จะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ที่เน้นการดูแลจัดการอาการเจ็บปวดหรืออาการทุกข์ทรมานอื่น เพื่อสร้างความสุขสบายและคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ใช่การรักษาตัวโรคให้หายขาด

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายสำหรับผู้ดูแลหลัก มีประโยชน์สำหรับครอบครัว คนใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกโรค ทุกกลุ่มวัย ในการช่วยจัดการอาการเบื้องต้นที่บ้านได้ เพราะผู้ดูแลมักเกรงใจในการโทรศัพท์ติดต่อสอบถามบุคลากรการแพทย์นอกเวลาราชการ คู่มือนี้จึงมีประโยชน์มากสำหรับผู้ดูแลหลักที่จะสามารถเปิดอ่านและทำตามได้ สามารถทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำและการดูแลของทีมเยี่ยมบ้าน เป็นการช่วยให้เจตนาของผู้ป่วยที่ประสงค์จะจากไปตามธรรมชาติที่บ้านอย่างสงบเป็นไปได้จริงโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้งความตายจากการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในโรงพยาบาล สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสนับสนุนให้เกิดการตายดี

หวังว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย สำหรับผู้ดูแลหลักเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก จิตอาสา อาสาสมัคร และประชาชน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

(นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์)
รองอธิบดีกรมการแพทย์

คำนำ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายสำหรับผู้ดูแลหลัก (ประชาชน) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายวัยอื่นๆที่มีความปราถนาจะใช้ชีวิตที่บ้าน ต้องการการดูแลโดยญาติ บุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์สามารถศึกษาวิธีช่วยการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเบื้องต้นอย่างถูกต้องเหมาะสมตลอดเวลาในขณะที่การทำงานของทีมเยี่ยมบ้านจากภาคส่วนต่างๆในระบบสุขภาพที่จะลงเยี่ยมและให้คำปรึกษาเป็นครั้งคราว

คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย สำหรับผู้ดูแลหลัก (ประชาชน) จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลัก (ประชาชน) ศึกษาภาพรวมโดยสังเขป และเก็บไว้ใกล้มือพร้อมเปิดอ่านเมื่อมีปัญหา และสามารถจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณและศาสนา รวมถึงการดูแลหลังการเสียชีวิต เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและผู้ป่วยระยะท้ายวัยอื่นๆ มีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีตามบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว ท้องถิ่น

หวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลหลัก (ประชาชน) ในการปรับใช้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและผู้ป่วยระยะท้ายวัยอื่นๆ และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือฉบับนี้ ตลอดจนให้การดูแล เอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย และผู้ป่วยระยะท้ายวัยอื่นๆทุกคน



(นายแพทย์สกานต์ บุนนาค)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

		หน้า
คำนิยม 1		ก
คำนิยม 2		ข
คำนำ		ค
สารบัญ		
บทที่ 1	บทนำ	1
บทที่ 2	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะท้าย และแนวทางการประเมินผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย	5
	2.1 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย	5
	2.2 ข้อแตกต่างระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย กับ การดูแลผู้ป่วยวัยทำงานระยะท้าย	5
	2.3 หลักการดูแลผู้สูงอายุ	6
	2.4 อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย	7
	2.5 การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายเบื้องต้น	8
บทที่ 3	การดูแลกิจวัตรประจำวัน	11
	3.1 การดูแลช่องปากและฟัน	11
	3.2 การดูแลความสะอาดร่างกาย	12
	3.3 การดูแลเรื่องการขับถ่าย	16
	3.4 การดูแลเรื่องปัสสาวะ	17
	3.5 การดูแลเรื่องอาหาร	18
	3.6 การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและป้องกันแผลกดทับ	20
บทที่ 4	การดูแลอาการผิดปกติด้านร่างกาย	25
	4.1 การจัดการความปวด	25
	4.2 การดูแลอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	28
	4.3 การดูแลอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	34
	4.4 อื่นๆ	39
บทที่ 5	การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	43
บทที่ 6	การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต	49
บทที่ 7	การดูแลภายหลังเสียชีวิต	53
ภาคผนวก		57

บทที่ 1 บทนำ

ปฐมพร ศิรประภาศิริ
ชลิยา วามะลุน

ปัจจุบันสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และเป็นอันดับที่ 2 ในอาเซียน คือ มีประชากรอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.8 (United Nation, 2015) ซึ่งในปี 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.9 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) และในปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปประมาณ 10,225,322 คน คิดเป็นร้อยละ 15.82 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์, 2561) สำหรับปัจจุบัน จากสถิติรายงานในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2562 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ เท่ากับ 11,030, 287 คน จากประชากรทั้งหมด 66.2 ล้านคน

ภาวะผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบแค่ตัวบุคคลเท่านั้น ยังส่งผลกระทบทั้งภายในครอบครัว ผู้ดูแล และผลกระทบในวงกว้างในระดับประเทศและระดับโลก โดยปรากฏการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิทธิต่างๆ ดังจะเห็นได้จากปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในวัยสูงอายุ ที่ส่งผลให้ระบบต่างๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงทั้งด้านกายภาพและด้านความรู้คิด เกิดการเจ็บป่วยเฉพาะลักษณะของผู้สูงอายุ หรือเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคตามมาได้ (ศกุนตลา อนุเรือง, 2560) โดยภาวะโรคเรื้อรัง และโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคเป็นเหตุให้มีการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการเกิดความซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีอัตราการสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Arokiasamy et al., 2015; France et al., 2012) ซึ่งโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากพันธุกรรม หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนอกจากนี้ยังมีกลุ่มโรคที่เกิดเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายและอวัยวะภายในต่างๆ ตามอายุที่มากขึ้น

เมื่อการดำเนินโรคของผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะท้าย หรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาและการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและคุกคามชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมิน

และให้การจัดการรักษาอาการของผู้ป่วย รวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ชลิยา วามะลุน, 2559) ซึ่งการดูแลมีความจำเป็นต้องอาศัยวิธีการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลรักษาในภาวะปกติธรรมดา (Michiels et al., 2007) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากขึ้น จะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีอาการทุกข์ทรมานมากขึ้น ทั้งจากอาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หายใจลำบากเป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Cui. J & et al., 2014) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายมากขึ้น และการดูแลต่อเนื่องในระยะท้ายที่บ้านส่วนใหญ่แล้ว ผู้ดูแลหลักจะเป็นคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา (กรณีที่ยังมีชีวิตอยู่) ญาติพี่ น้อง คนใกล้ชิด หรือบุคคลอื่นๆที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย

ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและผู้ดูแล ดังนั้น กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยที่ให้บริการในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ให้การรักษาเฉพาะทางในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคระบบประสาท โรคของเด็ก โรคตา และโรคในผู้สูงอายุ เป็นต้น ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และโดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราส่วนของประชากร และภาวะความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดให้มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะสำหรับผู้ดูแลหลัก จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ว่าจะเป็นระยะสุดท้ายของโรค รวมทั้งผู้ดูแล (จิตอาสา อาสาสมัคร ประชาชน) สามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายได้

เอกสารอ้างอิง

ชลิยา วามะลุน และคณะ. (2559). ทักษะการดูแลของผูดูแลผูปวยมะเร็งระยะสุดทาย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา,17(1), 40-51.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559**.นครปฐม: พริ้นเทอรี่.

ศกุนตลา อนุเรือง. (2560) .ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทายและการจัดการดูแล.**วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29**(2) , 1-14.

Arokiasamy, P., Uttamacharya, U., Jain, K., Biritwum, R. B., Yawson, A. E., Wu, F., Rodríguez, A. S. (2015). The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: What does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? BMC Medicine, 13(1), 1.

Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X., & Zhao, J. (2014). Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. **J Pain Symptom Manage, 48**(5), 893-902.

France, E. F., Wyke, S., Gunn, J. M., Mair,F. S., McLean, G., & Mercer, S. W.(2012). Multimorbidity in primary care:A systematic review of prospective cohort studies. **Britain Journal General Practice, 62**(597), e297-e307.

Michiels, E., Deschepper, R., Van Der Kelen, G., Bernheim, J. L., Mortier, F., Vander Stichele, R.,& Deliens, L. (2007). The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. **Palliat Med, 21**(5), 409-415.

United Nation. (2015). **World populations ageing** *2015.* New York: Author.

United Nations Population Fund. (2012). **Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge.** New York: Author.

บทที่ 2 ผู้สูงอายุระยะท้าย

จิตนภา วาณิชวโรตม์

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายเนื่องจากความชรา มีความเสื่อมของร่างกายในหลายระบบ ทางกายภาพจะพบว่า มีผมหงอก สูญเสียฟัน ผิวหนังเหี่ยวย่น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว และความจำลดลง (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2555) ตามกฎหมายกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุไทย คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตจำกัด เริ่มเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือ เคลื่อนไหวลดลง นั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่ของวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อเติมเต็มคุณภาพชีวิต และบำบัดความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่การรักษาโรคให้หายขาดและการยื้อชีวิตหรือเหนี่ยวรั้งความตาย เริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การดูแลช่วงใกล้เสียชีวิต ระหว่างเสียชีวิต และหลังเสียชีวิต การจากไปเป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงไว้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2.1 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีระยะเวลาของการมีชีวิตจำกัด เริ่มเข้าสู่ระยะติดบ้าน ติดเตียง ช่วงใกล้เสียชีวิต ระหว่างเสียชีวิต และหลังเสียชีวิต ทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการตามเจตนารมณ์ความต้องการของผู้ป่วย เป้าหมายในการดูแล คือ

1. เพื่อเติมเต็มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ และบำบัดความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่การรักษาโรคให้หายขาดและการยื้อชีวิตหรือเหนี่ยวรั้งความตาย
2. เพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบ เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงไว้ อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
3. เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยให้ผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ และรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

2.2 ข้อแตกต่างระหว่างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย กับการดูแลผู้ป่วยวัยทำงานระยะท้าย

ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ต้องสังเกตและประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยตระหนักถึงหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงจากความชราของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะ และระบบการทำงานของร่างกาย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูก หัวใจ

และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบไตและทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน มีการลดลงของพลังงานสำรองของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่จำเพาะต่างจากผู้ป่วยวัยทำงาน ที่เรียก “กลุ่มอาการผู้สูงอายุ”อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน อาการปัสสาวะหรืออุจจาระราด ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง อาการของโรคที่เกิดจากการผลไม่พึงประสงค์จากยา และภาวะขาดสารอาหาร

2. ผู้สูงอายุมีความผิดปกติหลายชนิดของหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ความผิดปกติเหล่านี้มักมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว โดยทั่วไปกลุ่มโรคที่พบบ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

- กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ โรคกระดูกพรุน
- กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย อุดตัน
- กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน กลุ่มโรคทางจิตประสาท ภาวะซึมเศร้า

3. การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพใน 3 กลุ่มโรคพร้อมกันได้บ่อย การดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยจึงต้องพยายามรักษาสมดุลในทุกระบบอวัยวะ ให้ผู้ป่วยอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควรแก่อัตภาพ ระวังผลกระทบจากการรักษาจะก่อให้เกิดความพิการและคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ทั้งนี้ต้องคิดถึงผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุจากการเกษียณอายุ รายได้ลดลง การแยกครอบครัวของลูก การจากไปของคู่ครอง ล้วนส่งผลต่อสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

2.3 หลักการดูแลผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุต้องการความเอาใจใส่ ความเข้าใจ และความห่วงใยจากครอบครัวแลผู้ดูแล

2. หลักสนับสนุนให้ครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยรักและห่วงใยมาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้เผชิญความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นแต่เพียงลำพัง เวลาแม้เพียงเล็กน้อยของผู้มาเยี่ยมมีค่ามากสำหรับผู้ที่เวลาของชีวิตกำลังจะหมดลง ควรมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และไม่ผิดนัด

3. สนับสนุนให้ครอบครัวมาเยี่ยมพร้อมหน้ากัน แสดงถึงความรักความผูกพันของคนในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยหมดห่วงกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากต้องจากไป

4. สนับสนุนให้บุตรหลานมาเยี่ยมผู้ป่วย โดยเฉพาะเด็กเล็กๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข มีกำลังใจ

5. ครอบครัวและผู้ดูแลหลักควรสร้างบรรยากาศที่ดี ควรมีภาวะอารมณ์จิตใจที่สงบ สีหน้าแจ่มใส ไม่แสดงท่าทีวิตกกังวลหรือหวาดหวั่นเกินเหตุ ไม่แสดงความเสียใจ ร้องไห้ ซึมเศร้า เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ไม่สบายใจ ห่วงกังวล และไม่แสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วย

6. ครอบครัวและผู้ดูแลควรเตรียมพร้อมที่เผชิญกับความสูญสียได้อย่างเหมาะสม

7. ผู้ดูแลหลักควรมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้อยู่เสมอ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเท่าที่จะเป็นได้

2.4 อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย

ผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มวัยจำนวนมากมักไม่ทราบการวินิจฉัย และการพยากรณ์ระยะของโรคตามความเป็นจริง เนื่องจากครอบครัวต้องการปกปิดความจริงกับผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลง ดังนั้น สิทธิการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต จึงตกเป็นของครอบครัวและแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย บางครั้งครอบครัวเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีครอบครัวหลายคน ความเห็นของครอบครัวไม่ตรงกัน เช่น ฝ่ายหนึ่งไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต อีกฝ่ายอาจให้ “สู้เต็มที่” หรือแพทย์ยังรู้สึกว่ายังรักษาได้ จึงมักถูกยื้อความตาย สร้างความทุกข์ทรามานต่อผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายกับการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ สร้างความทุกข์แก่ครอบครัว ผู้ดูแล และเสียค่าใช้จ่ายสูง

หากแพทย์และครอบครัวประเมินผู้ป่วยแล้วมีความเป็นไปได้ที่จะสื่อสารความเป็นจริงให้ผู้ป่วยทราบ บุคลากรทางการแพทย์ควรเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่ละส่วนเป็นระยะๆ รวมทั้งการพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลซึ่งมีทั้งด้านจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และให้ความมั่นใจในการให้การดูแลอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยไม่หยุกการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและแสดงความต้องการที่แท้จริง แพทย์และครอบครัวจะได้ปฏิบัติตามความต้องของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

กรณีที่ผู้ป่วยเลือกการดูแลอาการที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์ยังคงต้องให้ความช่วยเหลือด้านยา อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ด้วยดี ทั้งนี้ครอบครัวจำเป็นต้องหาผู้ดูแลหลักที่มีความความรู้ ความเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การดูแลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะท้ายและระยะใกล้เสียชีวิต ให้ผู้ป่วยจากไปได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น สามารถใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการดูแลระยะใกล้เสียชีวิต

2.5 การประเมินผู้ป่วยระยะท้ายเบื้องต้น

ประเมินการรับรู้การวินิจฉัยและการดำเนินโรค แผนการรักษา ความคาดหวังของผู้ป่วย และครอบครัว

1. *พูดคุยสอบถามผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับประวัติ อาการเจ็บป่วย การรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการดำเนินโรค การรักษาที่เคยได้รับและแผนการดูแลรักษา

2.*ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย สอบถามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและและครอบครัว และบันทึกความต้องการการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ประเมินเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ดังนี้

- ประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) (ศึกษาจากภาคผนวก)
- ประเมินอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (ศึกษาจากภาคผนวก)
- สังเกตพฤติกรรม และประเมินสภาวะอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวที่แสดงออกต่างๆผ่านทาง อารมณ์ สีหน้า แววตา น้ำเสียง คำพูด อาการพฤติกรรม เช่น น้อยใจ มักมีท่าทีโทษตัวเองเปรียบเทียบตนเองกับคนอื่น กลัวมักมีคำพูดปฏิเสธ ไม่ยอมรับ แสดงความรู้สึกความกลัวความตาย วิตกกังวลมักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ พูดจาวกวนเกี่ยวกับตนเองและอนาคต เครียดมักมีอารมณ์ซึมเศร้า น้ำเสียงกระโชก แสดงความขัดแย้งไม่ไว้ใจใคร
- *ประเมินเศรษฐานะ ความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว และสังเกตความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

4. การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ ประเมินความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวนับถือ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี เช่น การทำบุญ ใส่บาตร ฟังธรรม รักษาศีล การถือศีล กินเจ ฯลฯ

หมายเหตุ *กรณีผู้ดูแลหลักไม่ใช่บุคคลในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2555). **การดูแลผู้สูงอายุจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.** สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส). และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส) และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูง (สท). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม). (2553). พิมพ์ครั้งที่ 7 โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

WHO Definition of Palliative Care. (2554). **คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.** เครื่องมือการประเมินของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative performance scale) สืบค้นจากhttps://www.who.int/cancer/palliative/definition สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด.

บทที่ 3 การดูแลกิจวัตรประจำวัน

โสภิต ทับทิมหิน สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก
สนธิกานต์ ราชโทสี โชตินรินทร์ ไชยรินทร์
ธีระพันธ์ กากแก้ว นันทิยา แก้ววงษา
ชลิยา วามะลุน ปฐมพร ศิรประภาศิริ

เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะท้าย อาการของโรคจะลุกลามมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ ดูแลในด้านต่างๆ อย่างใกล้ชิด และควรดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ ยอมรับในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และใช้ช่วงเวลาของการดูแลให้เกิดความสุขระหว่างกัน ในบทนี้จึงเสนอวิธีการดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่มีความจำเป็น ซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปปรับใช้เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายได้อย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- การดูแลช่องปากและฟัน
- การดูแลความสะอาดร่างกาย
- การดูแลเรื่องการขับถ่าย
- การดูแลเรื่องปัสสาวะ
- การดูแลเรื่องอาหาร
- การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและป้องกันแผลกดทับ

3.1 การดูแลช่องปากและฟัน

การดูแลช่องปากและฟันเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่องปากที่สะอาดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เสริมให้เกิดความอยากอาหาร และป้องกันการเกิดแผลในช่องปาก ถ้าผู้ป่วยยังรับประทานอาหารได้ ควรทำความสะอาดช่องปากเหมือนคนปกติ แต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวยิ่งต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ โดยต้องทำความสะอาดช่องปากให้ทุก 2 ชั่วโมง หรือบ่อยกว่าปกติ เพื่อให้ช่องปากสะอาด

การดูแลความสะอาดช่องปาก และฟัน

1. ผู้ให้การดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการแปรงฟันหลังมื้ออาหาร และก่อนนอน โดย

1.1 การเตรียมอุปกรณ์ แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ขนาดเล็ก แคบ วิธีไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟันเพราะอาจรุนแรงจนทำลายเนื้อเยื่อเหงือกได้ แต่ให้ใช้น้ำยาบ้วนปากแทน หากผู้ป่วยต้องการใช้ให้เลือกใช้ยาสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่ไม่ระคายเคือง

1.2 การจัดท่าที่เหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หากผู้ป่วยไม่สามารถนั่งได้ให้จัดท่าโดยให้ศีรษะสูงเหนือผ้าขนหนูผืนเล็กใต้คาง

1.3 การช่วยเหลือในการแปรงฟัน ช่วยให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเล็กน้อย และจุ่มแปรงในน้ำอุ่นเพื่อให้ขนแปรงอ่อนนุ่มก่อนใช้แปรง

1.4 แปรงเบา ๆ จากบนลงล่างของซี่ฟัน แปรงบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก และลิ้นเบา ๆระวังไม่แปรงลึกเข้าไปในโคนลิ้น และลิ้นไก่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยสำลักได้

1.5 ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำกลั้วปากทำความสะอาดอย่างทั่วถึง

2. หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว อ้าปากได้น้อย ให้ใช้สำลีพันปลายไม้ก้านขนาดใหญ่ จุ่มน้ำยาบ้วนปากถูฟัน เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้มอย่างนุ่มนวล

3. เวลาที่ควรทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ก่อนรับประทานอาหารเช้า ภายหลังรับประทานอาหารทุกครั้งก่อนเข้านอน เมื่อทีมการดูแลให้คำแนะนำ

3.2 การดูแลความสะอาดร่างกาย

การทำความสะอาดร่างกาย อวัยวะขับถ่าย บริเวณอับชื้น เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น สบายตัว ผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการดูแลดังนี้

- **ดวงตา** ใช้สำลีหรือผ้านุ่มๆ ชุบน้ำอุ่นเช็ดเบา ๆ จากบริเวณหัวตาไปหางตา หากผู้ป่วยไม่สามารถหลับตาได้เอง ให้ใช้ผ้าก๊อสหรือผ้าสะอาดปิดทับตาทั้งสองข้าง หรือหยอดน้ำเกลือที่ดวงตาทุกชั่วโมงเพื่อป้องกันแก้วตาแห้ง
- **จมูก** ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น เช็ดล้างทำความสะอาดให้ผู้ป่วยหายใจโล่ง ไม่มีสิ่งอุดตัน
- **หู** ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดให้ทั่ว เพราะหากผู้ป่วยนอนตะแคงจะทำให้เกิดการกดทับบริเวณหู ดังนั้นจึงต้องหมั่นทำความสะอาดบริเวณหูเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- **ลำตัว** อาบน้ำด้วยสบู่อ่อน หรือสระผมด้วยน้ำอุ่นและช่วยนวดศีรษะเบาๆ จะทำให้รู้สึกดีและสุขสบายขึ้น ขณะเช็ดล้างทำความสะอาดร่างกาย ให้สังเกตหากมีรอยถลอกตามลำตัว ให้ใช้วาสลีนหรือโลชั่นที่ซึมซับและแห้งเร็วทาให้ทั่วบริเวณ และหากผู้ป่วยมีถุงน้ำพองขึ้นมาตามลำตัว ให้พยายามหลีกเลี่ยงการเช็ดถูบริเวณนั้น
- **ผิวหนัง** ช่วยจัดหาเสื้อผ้าที่ซอบ และใส่สบาย เพื่อระบายความร้อน ถ้ามีเหงื่อออกมากรีบเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยหรืออาจต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งควรทาครีมให้ผู้ป่วยด้วย
- **เล็บ** ตัดเล็บให้สั้น ช่วยให้รู้สึกสะอาด

การดูแลการอาบน้ำแต่งตัว

การมีร่างกายสะอาดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และป้องกันการเกิดแผลติดเชื้อของผิวหนังและเพิ่มความสุขสบาย ผู้ให้การดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย การอาบน้ำแต่งตัว อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดย

1. การเตรียมอุปกรณ์ผ้าขนหนูเล็กสำหรับเช็ดตัว สบู่ที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนังที่อ่อนบาง ภาชนะใส่น้ำสำหรับเช็ดตัวผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกเดินไปห้องน้ำได้

2. การจัดห้องอาบน้ำ จัดเก้าอี้นั่งอาบน้ำแทนการยืนอาบ และเตรียมเก้าอี้สำหรับแต่งตัวในพื้นที่แห้งใกล้ห้องน้ำ หากเป็นไปได้ ควรติดราวจับในห้องน้ำ เพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย ป้องการการ พลัดตกหกล้ม ติดตั้งฝักบัวในการอาบน้ำแทนการใช้ขันตัก หากเป็นไปได้ควรจัดส้วมแบบนั่งราบ ติดราวจับในห้องน้ำเพื่อช่วยพยุงตัวผู้ป่วย

3. เตรียมน้ำอุณภูมิห้อง หรือน้ำอุ่นเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากไม่ควรอาบน้ำที่ร้อนเกินไป เพราะจะทำให้อาการหายใจลำบากเป็นมากขึ้น

4. เปิดประตูและช่องระบายอากาศของห้องน้ำในขณะอาบน้ำ ป้องกันไม่ให้เกิดความชื้นและความอบอ้าวภายในห้องน้ำ ซึ่งจะส่งผลให้หายใจลำบากขึ้น

5. ถ้าจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา ในขณะเข้าไปอาบน้ำก็ควรนำออกซิเจนไปใช้ด้วย เพราะเวลาอาบน้ำร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้นกว่าเดิม ไม่ต้องกังวลเรื่อง สายออกซิเจนเปียกเพราะจะไม่มีอันตรายใดๆ

6. ไม่ควรเร่งรีบ ใช้เวลาในการอาบน้ำนานตามสมควร

7. หลังอาบน้ำเสร็จ ห่อตัวด้วยผ้าเช็ดตัวหรือใส่เสื้อคลุมอาบน้ำ วิธีนี้ จะช่วยให้ตัวแห้งโดยไม่ต้องออกแรงเช็ด

8. เตรียมเสื้อผ้าไม่คับแน่นหรือมีกระดุม เลือกเสื้อผ้าที่ง่ายต่อการถอดหรือใส่ให้พร้อมก่อนที่จะอาบน้ำและวางไว้ใกล้ๆห้องน้ำ แต่งตัวในขณะนั่งแทนการยืน

9. ใช้รองเท้าที่มีสายรัด

การเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง เป็นการอาบน้ำผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวเพื่อให้ผิวหนังสะอาด ผู้ป่วยสุขสบาย ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ได้สังเกตความผิดปกติของผิวหนัง เช่น ความชื้น ความแห้ง ร้อน เย็น สีซีด แดง เขียว คล้ำฟกช้ำ ถลอก และยังเป็นโอกาสในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล (ญาติ) และผู้ป่วย

วิธีเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง (รูปที่ 1-2)

1. เตรียมของใช้ในการเช็ดตัว ผ้าขนหนูขนาดเล็กสำหรับเช็ดตัว 2 ผืน ผ้าขนหนูขนาดกลางสำหรับเช็ดให้แห้ง 1 ผืน ผ้าผืนใหญ่สำหรับปิดคลุมตัว 1 ผืน กะละมังใส่น้ำอุณหภูมิห้องหรือน้ำอุ่นเล็กน้อย กะละมังใส่สบู่เหลวเจือจางในน้ำสะอาด

2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายชิดขอบเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่เพื่อความสะดวกไม่เอื้อมแขนมากเกินไป ใช้ผ้าคลุมตัวผืนใหญ่คลุมตัวผู้ป่วยแล้วถอดเสื้อผ้าออก

3. เช็ดบริเวณหน้า หู จมูก คอ อย่างนุ่มนวลด้วยผ้าขนหนูเล็กผืนที่ 1 ชุบน้ำบิดหมาดๆ จนสะอาด แล้วใช้ผ้าขนหนูกลางซับให้แห้ง (ในกรณีที่ต้องการเช็ดด้วยสบู่ให้ใช้ผ้าขนหนูเล็กผืนที่ 2 ชุบน้ำสบู่เจือจางบิดหมาด ถูจากนั้นใช้ผ้าผืนที่ 1 ชุบน้ำเช็ดจนหมดสบู่แล้วใช้ผ้าขนหนูกลางซับให้แห้ง)

4. เช็ดช่วงอกและท้อง โดยเลื่อนผ้าคลุมผืนใหญ่ออกจากลำตัวช่วงบน ใช้ผ้าขนหนูเล็ก ผืนที่ 1 เช็ดน้ำสะอาด และใช้ผ้าขนหนูเล็กผืนที่ 2 ชุบน้ำสบู่เจือจางบิดหมาดถูตัว จากนั้นใช้ผ้าผืนที่ 1 ชุบน้ำเช็ดจนหมดสบู่แล้วใช้ผ้าขนหนูกลางซับให้แห้ง สำหรับผู้ป่วยหญิงใช้ผ้าคลุมตัวผืนกลางปิดคลุมช่วงอก เช็ดตัวโดยการสอดมือเข้าใต้ผ้าผืนกลางที่คลุมอกไว้

5. เปลี่ยนน้ำครั้งที่ 1 หลังเช็ดหน้าและลำตัวเสร็จ



รูปที่ 1 วิธีเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง



รูปที่ 2 วิธีเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง

6. เช็ดบริเวณแขน เช็ดจากปลายแขนเข้ามาหาลำตัวจนถึงรักแร้เช่นเดียวกับการเช็ดลำตัว แช่มือ ฟอกสบู่ที่มือ ซอกนิ้ว เล็บ ล้างมือให้สะอาด ทั้งสองข้าง การเช็ดแขนด้านไกลตัวสามารถใช้วิธีตะแคงตัวผู้ป่วยโดยใช้ผ้าหรือหมอนหนุนตัวไว้ได้ (ถ้าเล็บเท้ายาวให้ตัดหลังจากแต่งตัวเสร็จแล้ว)

7. เช็ดทำความสะอาดอวัยวะเพศภายนอก บริเวณผิวอ่อนบางไม่จำเป็นต้องใช้น้ำสบู่ทุกครั้ง

8. บริเวณ ขา เช็ดจากต้นขา ถึงปลายเท้า ถ้าผู้ป่วยขยับขาได้และไม่รบกวนผู้ป่วยจนเกินไป แช่เท้าทั้งสองข้างในกะละมังโดยงอขาตั้งเข่า วางกะละมังฟอกสบู่ที่เท้า ซอกนิ้ว ซับให้แห้ง

9. เปลี่ยนน้ำครั้งที่ 2 หลังเช็ดแขนและขาเสร็จ

10. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหันหน้าไปด้านตรงกันข้ามเพื่อเช็ดด้านหลังใช้ผ้าผืนใหญ่ปิดคลุมตัวไว้ ค่อยๆเปิดผ้าที่ละส่วนทำความสะอาดไล่จากบนลงล่างตั้งแต่ กกหู คอ หลัง จนถึงสะโพก และ ก้นกบ ซับให้แห้ง

11. สวมเสื้อใส่เสื้อที่ผ่าหน้า ใส่แขนทีละข้าง ใส่เสื้อผ้าท่อนล่างตามสะดวกอาจเป็นกางเกงกระโปรงเอวยืด/ผูก หรือผ้าถุง จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย หวีผมให้เรียบร้อยอาจทาแป้งหรือไม่ ให้ดูแลผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยชอบ กรณีผิวแห้งสามารถทาโลชั่นชนิดที่ไม่ระคายเคือง

3.3 การดูแลเรื่องการขับถ่าย

การขับถ่ายอุจจาระ เป็นการจำกัดของเสียออกจากร่างกาย แต่ในผู้ป่วยระยะท้ายมักพบปัญหาด้านการขับถ่าย ที่สำคัญคือกลั้นอุจจาระไม่ได้

การกลั้นอุจจาระไม่ได้ อาจเกิดจากสาเหตุของโรค หรือเกิดจากฤทธิ์ของยาที่ได้รับ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณนั้น ทำให้เป็นแผลและสกปรกเปรอะเปื้อนเสื้อผ้า เป็นสาเหตุของการกระจายเชื้อโรค ตลอดจนกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย โดยการประเมินผู้ป่วยดังนี้

การประเมินผู้ป่วยกลั้นอุจจาระไม่ได้

1. สังเกตลักษณะของการขับถ่ายและการกลั้นอุจจาระไม่ได้ คือผู้ป่วยถ่ายอุจจาระกะปริดกะปรอย หรือกลั้นไม่ได้ อุจจาระไหลตลอดวัน

2. ประเมินการกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยการสอบถามผู้ป่วยหรือการสังเกตอาการดังนี้

- ผู้ป่วยแสดงออกถึงการวิตกกังวลกลัวถ่ายอุจจาระ
- ผู้ป่วยแสดงออกถึงอาการอับอาย ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระได้ ทำให้เกิดปัญหาการควบคุมกลิ่นและการรักษาความสะอาด
- มีแผลถลอกหรือรอยแดงของผิวหนังบริเวณก้นเนื่องจากความชื้นแฉะเกิดความระคายเคืองจากกลั้นอุจจาระไม่ได้
- รบกวนการนอนหลับพักผ่อนทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยกลั้นอุจจาระไม่ได้

1. ดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณก้นและฝีเย็บด้วยสบู่อย่างอ่อนและน้ำภายหลังการขับอุจจาระทุกครั้ง เช็ดให้แห้งด้วยผ้านุ่ม อาจทาบริเวณผิวหนังด้วยครีมที่มีคุณสมบัติกันน้ำ หรือครีมป้องกันการระคายเคือง เพื่อป้องกันอุจจาระระคายเคือง และกัดกร่อนผิวหนังบริเวณรอบๆจนเกิดแผล

2. ดูแลเสื้อผ้า และที่นอนให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ

3. ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดการอับชื้นบริเวณผิวหนัง และช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. พยายามฝึกการขับถ่ายอุจจาระ โดยการประเมินหาสาเหตุ ปัจจัย ที่ทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำ

5. การดูแลอาหารเตรียมอาหารที่รับประทานให้สุก สะอาด ย่อยง่าย กากใยน้อย และรับประทานเป็นเวลา

6. ระงับกลิ่น โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่เก็บผ้าเปื้อนไว้ในห้องผู้ป่วย และอาจใช้ยาดับกลิ่นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอาย

7. การแสดงออกถึงการยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงคำพูด ท่าทีรังเกียจ หรือตื่นตกใจ ขณะให้การดูแลหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอับอาย

8. การสวมกางเกงผ้าอ้อม หรือรองด้วยแผ่นซับ ควรหมั่นสังเกตและเปลี่ยนทำความสะอาดก้นทุก 1-2 ชั่งโมง โดยไม่รบกวนเวลาพักผ่อน

9. หากเกิดแผลที่ผิวหนังจากการระคายเคืองจากอุจจาระ และลุกลามจนเกิดแผลกดทับให้ปรึกษาแพทย์ พยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

3.4 การดูแลเรื่องปัสสาวะ

การขับถ่ายปัสสาวะ เป็นการจำกัดของเสียออกจากร่างกาย ซึ่งอาการที่พบบ่อยในในผู้สูงอายุนั้น คือ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เกิดจากสาเหตุของโรค อาการนี้จึงเกิดขึ้นได้มากในผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักต้องสัมผัสกับปัสสาวะบ่อยๆ เป็นเวลานาน ทำให้ผิวหนังระคายเคือง และเปื่อยเป็นแผลได้

กลั้นปัสสาวะไม่ได้

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในในผู้สูงอายุ ทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักต้องสัมผัสกับปัสสาวะบ่อย และเป็นเวลานาน ทำให้ผิวหนังเป็นแผล

การดูแลผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีดังนี้

1. ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ ลักษณะ จำนวน สี กลิ่นของปัสสาวะ

2. ดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งและสะอาดเสมอ

3. ดูแลผู้ป่วยสวมกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองซับเพื่อซับปัสสาวะ โดยต้องทาครีมที่มีคุณสมบัติกันน้ำหรือครีมลดการระคายเคืองบริเวณรอบๆ อวัยวะเพศและทวารหนักก่อนเพื่อลดการระคายเคืองและป้องกันการเกิดแผลบริเวณผิวหนังจากปัสสาวะกัดกร่อน ควรเปลี่ยนกางเกงผ้าอ้อมหรือแผ่นรองซับทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

4. ในบางรายที่จำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินปัสสาวะ ควรตรวจสอบสายระบายไม่ให้พับงอ สายปัสสาวะต้องอยู่ต่ำกว่าระดับร่างกายของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ปัสสาวะไหลลงถุงได้สะดวก และเทปัสสาวะในถุงทิ้งวันละ 2-3 ครั้ง พร้อมสังเกตลักษณะสี และบันทึกปริมาณ

5. หากเกิดแผลผิวหนังจากปัสสาวะกัดกร่อนและลุกลามเป็นแผลกดทับ แผลจากเชื้อราให้ปรึกษาแพทย์ พยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

3.5 การดูแลเรื่องอาหาร

เบื่ออาหารและซูบผอม

ในผู้ป่วยระยะท้ายผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลงสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมที่ลดลง ผู้ป่วยจะเบื่ออาหารไม่มีความหิวรับประทานอาหารน้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปรกติที่ต้องเกิดขึ้น ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเต็มที่ สาเหตุของอาการเบื่ออาหาร ได้แก่

- อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารที่ไม่ได้รับการแก้ไขเช่น ช่องปากแห้งเยื่อบุช่องปากอักเสบ แผลในช่องปาก เชื้อราในช่อปาก กลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อย ท้องผูก
- ความเจ็บปวด
- มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น มีความวิตกกงวล ซึมเศร้า ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป
- ได้รับการรักษาด้วยยาบางอย่างเช่นยาขับปัสสาวะ

การดูแลอาการเบื่ออาหารซูบผอม

- ทบทวนวิธีการการดูแลจัดอาหารและน้ำที่เหมาะสม
- สังเกตุอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (อ่านรายละเอียดต่อไป)
- รับประทานอาหารที่ที่มีโปรตีนแคลอรี่ และพลังงานสูงเช่นอาหารที่มีไขมันและคาโบไฮเดรท เน้นอาหารที่อ่อนย่อยง่ายหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน
- ปรึกษาโภชนากรเพื่อช่วยในการดูแลร่วมกัน การให้อาหารเสริมและยาวิตามินต่างๆ
- จัดการอาการปวดให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์(อ่านจากการจัดการอาการปวด และการดูแลด้านจิตใจ)

การดูแลจัดอาหารและน้ำที่เหมาะสมโดย

การจัดอาหารในผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่มีปัญหาการรับประทาน ผู้ป่วยที่มีช่องปากและฟัน การเคี้ยว การกลืน การย่อยอาหาร และการขับถ่ายปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรจัดหาอาหารตามที่ผู้ป่วยต้องการให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ให้ครบทั้ง 3 มื้อ จัดอาหาร ให้ครบ 5 หมู่

สังเกตุสมดุลของเกลือแร่สม่ำเสมอทุกวัน ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (2,000-2,500 มล./วัน)

ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหารับประทานอาหารได้น้อยลงจากความเสื่อมของร่างกาย ยังจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (2,000-2,500 มล./วัน) และให้ผู้ป่วยระยะท้ายมักจะมีการรับรสเสียไป ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง หากผู้สูงอายุยังคงรับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลควรให้การดูแลดังนี้

การดูแลด้านการรับประทานอาหาร

1. จัดอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรทและไขมันช่วยเพิ่มพลังงาน สามารถรับประทานอาหารทุกชนิดตามความต้องการ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความเชื่อเรื่องการรับประทานอาหารด้วยสูตรอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ในการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีนให้เพียงพอ เช่น เนื้อ ปลา ไข่ ต้องมีผัก ผลไม้ที่มีกากใยป้องกันภาวะท้องผูก และภาวะไม่สมดุลย์ของเกลือแร่

2. เพิ่มเครื่องดื่มหรืออาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร

3. ปรับการรับประทานทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง แทนการรับประทาน 3 มื้อ การเพิ่มมื้อย่อยในปริมาณไม่มากหรือจัดให้เมื่อผู้ป่วยอยากรับประทาน

4. จัดสำหรับอาหารให้น่ารับประทานเตรียมอาหารใส่ภาชนะขนาดพอดีไม่มากเกินไป

5. สอบถามผู้ป่วยว่าอยากรับประทานอะไรซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อยากรับประทานจริงๆ เลือกอาหารที่ผู้ป่วยเคยชอบในอดีตให้ผู้ป่วยกิน หลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากและต้องออกแรงเคี้ยว

6. หากมีการรับรสหรือกลิ่นที่เปลี่ยนแปลงไป ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่น กำจัดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ของอาหารก่อนนำมาให้

7. หากผู้ป่วยมีปัญหากับรสขมให้ใส่น้ำตาลหรือน้ำหวานลงในอาหาร

8. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานช้าๆ ไม่เร่งรีบ รับประทานคำเล็กๆ ไม่ควรรับประทานคำโตเต็มปาก

9. ด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลาย อย่าเร่งการกินอาหารของผู้ป่วยมากเกินไปจนทำให้เกิดความเครียด

10. หากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยไม่ควรบังคับให้รับประทานเพิ่ม ไม่ควรพูดคุยเกี่ยวกับอาหารตลอดเวลา

11. สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับคนในครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยพบปะคุยพูดด้วย แล้วสบายใจ อาจกระตุ้นความอยากอาหารได้บ้าง

12. หากรับประทานอาหารได้น้อย ควรจัดให้มีอาหารเหลว เครื่องดื่มที่ช่วยให้พลังงานเพิ่มเติม

13. ดูแลเรื่องปากและฟันให้สะอาดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรสอาหารได้ดีขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ให้สังเกตอาการ ศึกษาคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยผู้ดูแลหลักในคู่มือต่อไป

14. ควรเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เช่น เปลี่ยนมุมในการรับประทานอาหารบ้าง เช่นบริเวณนอกบ้าน ถ้าหากร่างกายผู้ป่วยพร้อม

15. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางสายยางผ่านทางช่องท้องหรือทางสายให้อาหารทางจมูก ควรเตรียมอาหารตามสูตรและปริมาณที่ได้รับตามคำแนะนำจากแพทย์และให้ตามเวลา ดูแลความสะอาดบริเวณที่ใส่สายยาง ส่วนกระบอกให้อาหารควรล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาดจากนั้นผึ่งให้แห้งและเก็บไว้ในภาชนะปิดมิดชิด

ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต อยู่ในภาวะการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง การฝืนให้อาหารมีผลเสียหลายประการในวาระท้ายของชีวิตที่การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลงผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้เองการพยายามให้อาหารทางสายให้อาหารอาจไม่มีประโยชน์ การได้รับน้ำและอาหารและน้ำเกลือลดลงอาจช่วยเรื่องท้องมานและภาวะบวมจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องแน่นอึดอัดในท้อง ลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ลดการคลื่นไส้อาเจียนได้ แนะนำไม่ให้ครอบครัวรบเร้าให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะไม่ช่วยเพิ่มระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต ความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสียเพราะจะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลงผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายมากขึ้นจึงควรแนะนำให้ครอบครัวเข้าใจผลเสียจากการฝืนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในวาระสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อใกล้เสียชีวิตไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ทำให้คนป่วยรู้สึกดีขึ้น

3.6 การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวและป้องกันแผลกดทับ

เมื่อโรคลุกลามมากขึ้น การทำงานของอวัยวะต่างๆจะลดลงทำให้ผู้สูงอายุระยะท้ายเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลงหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหวและป้องกันแผลกดทับให้กับผู้สูงอายุระยะท้าย ดังนี้

การดูแลเรื่องการเคลื่อนไหว

1. กรณีที่ผู้สูงอายุยังพอเคลื่อนไหวร่างกายได้ ควรจัดหาเครื่องช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า หรือไม้ค้ำยัน หรือรถเข็น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก

2. กรณีที่ผู้สูงอายุยังพอเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกายเบาๆ

3. กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ผู้ดูแลควรช่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถ โดยหมุนเวียนท่านอน สลับกัน อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือ ช่วยขยับแขนขาด้วยการช่วยจับยืดหรืองอบริเวณข้อพับต่างๆ เพื่อป้องกันการหดเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อหรือเอ็นยึด

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (รูปที่ 3-5)

1. การดูแลแผลกดทับที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิด พลิกตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่งโมง ในตอนกลางวัน จากนอนตะแคงซ้ายเป็นนอนราบและตะแคงขวา จากนั้นเป็นนอนราบและตะแคงซ้ายเปลี่ยนไปเรื่อยๆ และพลิกตัวทุก 4 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน

2. หากพบรอยเปื้อนน้ำเหลือง หรือเลือดบนผ้าปูเตียงของผู้ป่วยต้องหาที่มาเพราะมีความเป็นไปได้ว่ารอยเปื้อนดังกล่าวน่าจะซึมเปื้อนจากแผลกดทับ

3. ป้องกันผิวหนังบริเวณจุดรับน้ำหนักด้วยหมอน

4. ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงเสมอ ไม่ให้มีรอยย่นยับ เพื่อไม่ให้ระคายเคืองผิวหนัง

5. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ



รูปที่ 3 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ



รูปที่ 4 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ



รูปที่ 5 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

1. ขจัดสาเหตุของการระคายเคืองผิวหนัง เช่น สิ่งที่ทำให้เกิดการเสียดสี
2. ควรทำความสะอาดน้ำเหลือง น้ำเลือด และกลิ่นจากแผล
3. แจ้งทีมที่ให้การดูแลเพื่อจัดหาครีมหรือยาสำหรับดูแลแผลและผิวหนังขอบแผล
4. ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการสมานแผลหากเกิดแผลกดทับขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิติพล นาควิโรจน์(บรรณาธิการ). (2559). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว.**กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2561). **วิชาชีวิต**. กรุงเทพฯ: บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด

ชลิยา วามะลุน. (2559). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง “สำหรับผู้ดูแล”.** อุบลราชธานี : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส

นภา หลิมเจริญ,ปาริชาติ เพียสุวรรณ.(2559). **การให้การดูแลความไม่สุขสบายทางกาย**. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

นภา หลิมรัตน์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). **คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

บุษยามาส ชีวสกุลยงและคณะ. (2558). **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์จำกัด.

สถาบันประสาทวิทยา.วิธีปฏิบัติงาน (WORK INSTRUCTION) เรื่อง มาตรฐานการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง (Complete bed bath) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ปี 2554

สุวคนธ์ กุรัตน์และคณะ. (2556). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทพยาบาล**. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.). (2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : พิมพ์สิริพัฒนา.

Sue Hall, Hristina Petkova, Agis D. Tsouros, Massimo Costantini & Irene J. Higginson. (Eds.). (2011). **Palliative care for older people: Better practice**. Denmark : WHO Regional Office for Europe.

บทที่ 4 การดูแลอาการผิดปกติด้านร่างกาย

อรสา อัครวัชรางกูร
มยุรี จันทร์มี
โชตินรินทร์ ไชยรินทร์
โสภิต ทับทิมหิน
ธีระพันธ์ กากแก้ว
ชลิยา วามะลุน
สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก
สนธิกานต์ ราชโทสี
พิมพ์สุดา เจี่ยปิยสกุล
อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์
นันทิยา แก้ววงษา
ปฐมพร ศิรประภาศิริ

กลุ่มอาการผิดปกติของผู้ป่วยระยะท้าย มีหลากหลายอาการมารวมกัน ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อาการที่พบมักจะมีความเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4.1. การจัดการความปวด

ความปวดเกิดจากหลายสาเหตุแต่ความปวดจากโรคมะเร็ง เป็นความปวดที่ทุกข์ทรมานมาก อวัยวะภายใน เช่น ตับ ลำไส้ ต่อมน้ำเหลือง ฯลฯ นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการรักษา เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา มีอาการปวดจากเยื่อบุช่องปากอักเสบ หรือปวดทางระบบประสาทเนื่องจากถูกรบกวน ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ในการประเมิน และการจัดการความปวด นอกจากนี้ควรคำนึงถึงปัจจัยส่งเสริม หรือผลกระทบต่อความปวดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณด้วยเช่นกัน

การประเมินอาการปวด

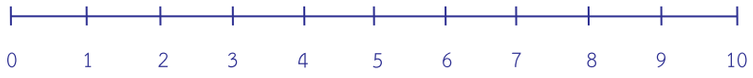
ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการปวดทุกวันอย่างต่อเนื่อง และลงบันทึกไว้ โดยผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความสนใจกับความรุนแรงของความปวด เวลาที่ปวด ลักษณะเฉพาะของอาการปวดตามตำแหน่งและอวัยวะ เพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลกับแพทย์พิจารณาเลือกใช้ยา หรือปรับ เปลี่ยนขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการปวด

การประเมินความปวดยังไม่มีเครื่องมือวัดความปวดโดยตรง จึงต้องมาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย หรือแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เพื่อเทียบกับแบบวัดความปวด ที่นิยมใช้กัน ได้แก่ บอกเป็นตัวเลข กากบาทลงบนเส้นตรงเพื่อบอกระดับความปวด และเลือกรูปใบหน้าที่ แสดงความปวดเป็นต้น

แบบที่ 1 การให้คะแนนระดับความปวด โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถาม “ผู้ป่วย (คุณ/ตา/ยาย/ปู่/ย่า/พ่อ/แม่) มีความปวดมากขนาดไหน?” จาก 0 คือไม่ปวดเลย ถึง10 คือปวดมากที่สุด ที่คิดได้หรือเขียนตัวเลขหรือให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับความปวดของผู้ป่วย



แบบที่ 2 การให้คะแนนความปวดโดยผู้ป่วยบอกว่ามีระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับใดระหว่าง 0 - 10



คำอธิบาย ระดับความเจ็บปวด (0-10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการปวด	ปวดน้อย ไม่มีความทุกข์ทรมาน ไม่รู้สึกกังวลใดๆต่ออาการปวดในขณะนี้			ปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควรมีความกังวลไม่มากนักยังมีความรู้สึกว่าสามารถทนได้			ปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมาน จากอาการปวดมาก ทำให้เกิดความกังวลมากและไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้			ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว

บทบาทของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการใช้ยาแก้ปวดควรปฏิบัติดังนี้

1. ดูแลให้รับประทานยา หรือใช้ยา ตรงตามเวลา และวิธีการที่กำหนดอย่างเคร่งครัด แม้ไม่มีอาการปวด

1.1 ยาระงับปวดที่ระบุว่า “ห้ามบดหรือห้ามเคี้ยว” เม็ดยาจะถูกเคลือบลักษณะพิเศษเพื่อให้ตัวยาที่อยู่ในเม็ด ค่อยๆ สลายออกมา และการออกฤทธิ์ของยาจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการปวดได้ตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้ต้องแจ้งแพทย์หรือพยาบาลให้ทราบทันที ห้ามเคี้ยวหรือบดเม็ดยาโดยเด็ดขาด

1.2 ยาระงับปวดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง ยาจะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนัง การปิดแผ่นยาต้องทำอย่างถูกต้อง ตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล โดย

- เลือกตำแหน่งที่ปิดแผ่นยา ที่เป็นผิวหนังเรียบ มีไขมันน้อย เคลื่อนไหวน้อย ไม่ถูกเสียดสีได้ง่าย เช่น หน้าอก หรือต้นแขน
- ห้ามเช็ดถู หรือประคบน้ำร้อนบริเวณที่ปิดแผ่นยา เพราะความร้อนจะทำให้เกิดการดูดซึมยาได้มากกว่าปกติ
- ระวังไม่ให้แผ่นยาหลุด และให้เปลี่ยนแผ่นยาทุก 3 วันอย่างต่อเนื่อง กรณีแผ่นยาหลุดก่อนกำหนดต้องเปลี่ยนแผ่นใหม่ในทันที

- ต้องเปลี่ยนตำแหน่งที่ปิดยาไม่ให้ซ้ำตำแหน่งเดิม เพราะการปิดซ้ำๆ ตำแหน่งเดิมจะมีผลทำให้การดูดซึมยาลดลง
- กรณีได้รับยาเป็นแคปซูล ซึ่งมีตัวยาเป็นเม็ดเล็กๆบรรจุอยู่ภายใน สามารถถอดแคปซูลออก และผสมในน้ำ 30 ซีซี หรือน้ำส้ม นม อาหารเสริมอื่นๆได้ โดยรับประทานภายใน 30 นาที ด้วยการอมในปากแล้วกลืน และต้องแน่ใจว่าไม่มียาตกค้างอยู่ในปาก

2. จดบันทึกเวลา และขนาดยาแก้ปวดที่ใช้ ทั้งยาแก้ปวดตามเวลา และยาแก้ปวดที่ใช้เพิ่ม
3. จดบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ไข
4. นับจำนวนยาแก้ปวด เมื่อมาพบแพทย์ทุกครั้ง เพื่อประโยชน์ในการประเมินการใช้ยา เช่น เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าอาจรับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ หรือเหลือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าอาจรับประทานยาเกินกว่าจำนวนที่แพทย์คาดคะเนไว้ นอกจากนี้ยังช่วยให้แพทย์สามารถสั่งยาได้ตามจำนวนที่เหมาะสม
5. ไม่ควรนำยาออกจากซองที่มีชื่อยากำกับ และไม่ควรนำยาหลายชนิดมารวมในซองเดียวกัน
6. ผู้ดูแลควรให้ความสนใจโดยเป็นผู้ฟังที่ดี และเชื่อในคำบอกเล่าของผู้ป่วย

อาการข้างเคียงหลังจากใช้ยาแก้ปวด

1) อาการคลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดได้หลังรับประทานยา 3-5 วัน หลังจากนั้นอาการจะทุเลาลง ถ้าอาการรุนแรงขึ้น ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด มีวิธีปฏิบัติเพื่อลดหรือบรรเทาอาการดังนี้

- ควรนั่งพักประมาณ 15 นาที ก่อนรับประทานยา
- นอนพักผ่อนประมาณ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยา
- ขณะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ
- รับประทานอาหารครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง
- งดอาหารเผ็ด เค็ม มัน หวาน และอาหารมีกลิ่น
- ดูแลสุขภาพปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ

2) อาการมึนงง

อาการมึนงง อาจพบได้ใน 1-2 วันแรก หลังรับประทานยา ไม่ใช่อาการแพ้ยา มีวิธีปฏิบัติเพื่อลดหรือบรรเทาอาการ ดังนี้

- เมื่อมีอาการให้นอนพักสักครู่ อาการจะดีขึ้น
- หลังตื่นนอนควรค่อยๆ เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ จากนอนเป็นนั่ง ยืน และค่อยๆ ออกเดิน
- ระมัดระวังอุบัติเหตุขณะทำกิจกรรม
- ควรมีครอบครัวคอยช่วยเหลือขณะที่มีอาการ

3) อาการท้องผูก

อาการท้องผูกมักจะเกิดกับผู้ป่วยเกือบทุกราย ที่ได้ยาระงับปวดในกลุ่มมอร์ฟีน แต่ไม่ควรปล่อยให้ท้องผูกนานเกิน 3 วัน มีวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอาการ ดังนี้

- ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร (2,000-3,000 ซีซี หรือ 8-10 แก้ว)
- รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้
- รับประทานยาระบายตามคำสั่งแพทย์
- กรณีไม่ถ่ายเกิน 3 วัน ควรได้รับการสวนอุจจาระ (กรณีไม่มีข้อห้าม)

4) อาการง่วงซึม

อาการง่วงซึมอาจพบได้ในช่วง 3-5 วันแรกของการได้รับยา ขณะมีอาการควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ จากการพลัดตก หกล้ม กรณีง่วง หลับ หรือซึมมาก ต้องปลุกโดยเขย่าตัวจึงตื่นแต่จะหลับต่อ หรือหายใจช้าลง น้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรีบพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมยาแก้ปวดที่รับประทานอยู่ รวมทั้งรายงานบันทึกการรับประทานยา

4.2. การดูแลอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร

อาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง

อาการริมฝีปากและช่องปากแห้งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับน้ำน้อยเกินไป ขาดน้ำจากสาเหตุต่างๆ เช่น การอาเจียน ท้องเสีย สาเหตุอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำ เช่น การหายใจทางปาก หรือการได้รับออกซิเจนทางจมูกหรือคอ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปากแห้งจะรับรู้รสชาติอาหารผิดจากปกติ การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนรู้สึกไม่อร่อย ทำให้ไม่อยากอาหารในบางกรณีทำให้เกิดแผลในช่องปากและลิ้นได้

การดูแลอาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง

1. ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำไม่ได้ กระตุ้นให้จิบน้ำเปล่าบ่อยๆ หรือใช้น้ำบรรจุขวดที่สามารถฉีดพ่นในปาก อมน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นในปาก

2. ใช้สำลีชุบน้ำทำความสะอาดริมฝีปาก ซับให้แห้ง แล้วทาด้วยขี้ผึ้ง ใช้ลิปบาร์มทาปาก ลิปมันวาสลีนสำหรับริมฝีปาก

3. ให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากด้วยน้ำธรรมดาหรือน้ำเกลือ (ผสมเกลือครึ่งช้อนชาในน้ำ 250 ซีซี) ทุก 2 ชั่วโมง หรือบ่อยกว่า (เท่าที่ต้องการ) จะช่วยช่วยลดความเหนียวของน้ำลาย

4. จัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากอาหารที่มีความชุ่มชื้น ชิ้นเล็ก และมีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น ข้าวต้ม น้ำซุป น้ำข้าว ก๋วยเตี๋ยวน้ำ

5. กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการกลืน การสำลัก เช่น อมผลไม้ชิ้นเล็ก (สับปะรด/มะนาวฝานแช่แข็ง) ลูกอมรสเปรี้ยว (ไม่มีน้ำตาล) การเคี้ยวหมากฝรั่ง (ไม่มีน้ำตาล) และการใช้น้ำลายเทียม

6. ไม่จัดอาหารที่แข็ง ชิ้นใหญ่และแห้ง เช่น ขนมปังกรอบ อาหารปิ้งย่าง

7. งดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

8. ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (อ่านจากการทำความสะอาดช่องปากและฟันโดยผู้ดูแลหลัก)

9. ตรวจดูความผิดปกติในช่องปากทุกวัน (อ่านจากการดูแลแผลในช่องปาก และเชื้อราในช่องปาก)

แผลในช่องปาก เยื่อบุช่องปากอักเสบ

อาการของแผลในช่องปากเยื่อบุช่องปากอักเสบผู้ดูแลหลักต้องสังเกต ค้นหาเยื่อบุช่องปากมักพบแผลที่ลิ้น เหงือก หรือกระพุ้งแก้ม เหงือก และเพดานบน แผลที่พบจะมีสีแดงและมีคราบสีขาวอยู่ตรงกลางแผลเริ่มจากแผลร้อนในขนาดเล็ก และจะขยายใหญ่ขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลจะมีอาการเจ็บปวดมากเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน ช่องปากแห้ง (อ่านจากการดูแลอาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง) เกิดการติดเชื้อในช่องปากการรักษาด้วยเคมีบำบัด การได้รับรังสีรักษาซึ่งรบกวนต่อการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

การดูแลแผลในช่องปากเยื่อบุช่องปากอักเสบเบื้องต้น

1. ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (อ่านจากการทำความสะอาดช่องปาก และฟัน)

2. ตรวจดูความผิดปกติในช่องปากทุกวัน

3. ดูแลอาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง (อ่านจากอาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง) แต่ไม่รับประทานอาหารที่เพิ่มการไหลของน้ำลาย เช่น อมผลไม้ชิ้นเล็ก (สับปะรด/มะนาว ฝานแช่แข็ง) และไม่ให้รับประทานผลไม้หรือดื่มน้ำผลไม้รสเปรี้ยว เพราะจะทำให้แสบและเจ็บปวดมากขึ้นจากกรดผลไม้

4. หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก จนไม่สามารถกลืนหรือแผลไม่ดีขึ้น แม้ได้ทายาที่เคยได้รับจากแพทย์หลายวันแล้ว หรือผู้ป่วยมีไข้ให้ปรึกษาขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทันที

เชื้อราในช่องปาก

อาการของเชื้อราในช่องปากที่ผู้ดูแลหลักต้องสังเกต ลักษณะคราบขาวติดที่ลิ้นและเยื้อบุภายในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบาก เจ็บในช่องปาก การรับรสชาดอาหารเสียไป เบื่ออาหาร คุณภาพเสียงเสียไป เสียงแหบ สาเหตุมาจากการขาดการดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน ช่องปากแห้ง (อ่านจากอาการริมฝีปากและช่องปากแห้ง) ซึ่งรบกวนต่อการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ

การดูแลเชื้อราในช่องปาก

1. ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (อ่านจากการทำความสะอาดช่องปาก และฟันโดยผู้ดูแลหลัก)

2. ตรวจดูความผิดปกติในช่องปากทุกวัน

3. ให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (ผสมเกลือครึ่งช้อนชาในน้ำ 250 ซีซี) ทุก 2 ชั่วโมง หรือบ่อยกว่า (เท่าที่ต้องการ) จะช่วยช่วยลดความเหนียวของน้ำลาย

4. ปรึกษาขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อจัดน้ำยาทำความสะอาดช่องปากด้วย 1.5 % ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์/น้ำยาบ้วนปากคลอเล็กซ์ซิดีน และยารักษาเชื้อราในช่องปากให้ผู้ป่วย

5. จัดอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวกรณี กลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบาก

ภาวะกลืนลำบาก

เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการกลืน ทำให้อาจกลืนสิ่งต่างๆ ได้ยาก ลำบากหรือมีอาการเจ็บเวลากลืน เช่น ขณะกลืนอาหารหรือของเหลวบางชนิด กลืนน้ำลาย เป็นต้น

การดูแลภาวะกลืนลำบาก

1. ประเมินความสามารถในการกลืน
2. ประเมินผู้ป่วยเรื่องการไอหรือสำลักเวลากลืนอาหาร
3. จัดอาหารตามความสามารถในการรับประทานของผู้ป่วย
    - อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรี่สูง
    - รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
    - รับประทานอาหารคำเล็กๆ 1 ช้อนชาต่อแต่ละครั้งของการกลืน
4. จัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ขณะรับประทานอาหาร
5. จัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงต่อเนื่อง (ไม่จำเป็นต้อง 90 องศา) 1 ชั่วโมง หลังอาหาร
6. จัดหาอาหารให้ผู้ป่วยให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพิ่มเครื่องดื่มหรืออาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร ป้องกันภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่
7. สอนผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการสำลัก
    - ระหว่างรับประทานอาหารควรงดการพูดคุยเพื่อป้องกัน การสำลัก
    - หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อควรนั่งพัก 30-60 นาที
    - หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ก่อนนอน 1-2 ชั่วโมง

ข้อควรรู้

- ร่างกายของผู้ป่วยระยะท้ายมีการปรับตัวด้วยการได้รับน้ำและอาหารลดลง
- การได้รับน้ำ อาหารและน้ำเกลือลดลงอาจช่วยลดเรื่องท้องมานและภาวะบวม
- ผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลงสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมที่ลดลง
- การคาดหวังโดยการพยายามให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพิ่มขึ้นไม่ช่วยทำให้ระยะเวลาในการมีชีวิตของผู้ป่วยนานขึ้น
- การพยายามให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพิ่มขึ้นนอกจากไม่ช่วยเรื่องเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่นานขึ้นแล้วยังเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผู้ป่วยในระยะท้ายจะพบอาการคลื่นไส้อาเจียนได้บ่อย การคลื่นไส้อาจตามมาด้วยการอาเจียนหรือไม่ก็ได้ และการอาเจียนสามารถเกิดได้โดยไม่ต้องมีอาการคลื่นไส้นำมาก่อน อาการคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนี้

- การขาดการดูแลความสะอาดช่องปากและฟันมีเชื้อราในช่องปาก
- ไอมากจนกระตุ้นให้อาเจียน
- กรดไหลย้อน การระคายเคืองของทางเดินอาหารช่วงบน
- การติดเชื้อของทางเดินอาหารมักมีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว หรือท้องเสียร่วมด้วย
- ท้องมานโตตึงตับ/ม้ามโต
- ท้องผูก
- การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาเคมีบำบัด ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน ยาปฏิชีวนะ (ฆ่าเชื้อ) บางชนิด
- ความกลัว วิตกกังวล
- กลิ่นอาหาร
- ภาวะลำไส้อุดตัน

การดูแลอาการคลื่นไส้ อาเจียน

1. สอบถามและสังเกตอาการ เพื่อหาสาเหตุของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด พยายามแยกอาการลำไส้อุดตันให้ได้
2. จัดอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ให้ผู้ป่วยปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
3. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นที่ผู้ป่วยไม่ชอบ และ อาหารที่มีไขมันสูง
4. หลังรับประทานอาหารควรจัดท่าผู้ป่วยให้นั่งกึ่งนอนพิงศีรษะให้สูงอย่างน้อย 30 นาที
5. ลดอาการคลื่นไส้ด้วยน้ำขิง น้ำชุบ น้ำแอบเปิ้ล ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์
6. กระตุ้นให้ทำความสะอาดช่องปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อและหลังอาเจียนทุกครั้ง
7. จัดให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่สบายตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลายเช่น เปิดเพลง โทรทัศน์รายการที่ผู้ป่วยชอบลดเสียงและกลิ่นรบกวน

ท้องผูก

เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยระยะท้ายเนื่องจากรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยลง มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง โดยผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ถ่ายอุจจาระลำบากต้องใช้แรงเบ่ง เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและอ่อนเพลีย

นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิดที่ทำให้ทางเดินอาหารไม่บีบตัวหรือบีบตัวช้า เช่น ยากลุ่มระงับปวดที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น ยาต้านอาการซึมเศร้า ยาป้องกันการชัก ยาลดความดันโลหิตหรือยาขับปัสสาวะบางชนิดเป็นต้น

อาการท้องผูกควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากมีผลกระทบกับอาการอื่นๆตามมาเช่น ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการกระสับกระส่าย แน่นอึดอัด ผายลมบ่อย ส่วนผู้ที่มีอาการท้องผูกมากๆ จะบ่นรู้สึกคลื่นไส้หรืออาเจียน สังเกตเห็นท้องบวมขึ้นหรืออาจมีอาการถ่ายเหลวคล้ายท้องเสียได้

การประเมินอาการท้องผูก

- ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ถ่ายอุจจาระลำบากต้องใช้แรงเบ่งถ่ายมาก
- ผู้ป่วยบอกว่าอุจจาระไม่หมด ปวดถ่ายอุจจาระตลอดเวลา
- ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลวกะปริดกะปรอย ต้องระวังอาจเป็นการถ่ายเหลวซึ่งเกิดจากอุจจาระอัดกันแน่นจากการท้องผูกต้องใช้วิธีล้วงหรือสวนเพื่อช่วยในการขับถ่ายแต่ละครั้ง

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก

1. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระและอาการท้องผูกอย่างสม่ำเสมอและทุกวัน
2. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือพลิกตะแคงตัวเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้
3. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาดมากๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดของโรค
4. ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้
5. ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวันในช่วงเวลาที่เหมาะสม
6. จัดสถานที่ให้มิดชิดเป็นส่วนตัว มีม่านกั้น
7. พิจารณาช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระโดยวิธีการล้วงหรือสวนทวาร กรณีต้องใช้ยาระบายต้องปรึกษาแพทย์

4.3. การดูแลอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก

พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่โรคมะเร็ง ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า เมื่อผู้ป่วยวิตกกังวล เช่น กลัวจะเสียชีวิตจากการหายใจไม่ออกก็จะยิ่งทำให้อาการหายใจลำบากรุนแรงขึ้น มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบนและไหล่ ช่วยในการหายใจแทนการใช้กล้ามเนื้อกะบังลม ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความอ่อนล้าและตึงเครียด ต้องออกแรงในการหายใจมากขึ้น จึงเป็นรูปแบบการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ

การประเมินอาการหายใจลำบาก

- ประเมินจากการบอกเล่า บรรยายถึงความรู้สึกขณะมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย
- .ประเมินความสามารถ ลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจรและอาการไข้
- ประเมินโดยถามคำถามกับอาการที่เกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบาก เช่น
- “อาการเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ระยะเวลาและความถี่ที่เกิด” เช่นเกิดเมื่อมีกิจกรรมหรือแม้อยู่เฉยๆ

“อะไรทำให้อาการดีขึ้นหรือแย่ลง อยู่ในท่าใดสบายที่สุด”

“ความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก อาการขณะปัจจุบัน อาการที่รู้สึกดีที่สุด อาการที่รู้สึกแย่ที่สุด”

“ผลกระทบต่อกิจกรรมหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำรงชีวิตหรือการนอนหรือไม่อย่างไร”

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก (รูปที่ 6-7)

1. ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเท เช่น การเปิดพัดลมมือถือเป่าหน้าเพื่อช่วยลดอาการหายใจลำบากได้จากความเย็นของแรงลมจากพัดลม

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้ผ่อนคลาย โดยอาจเลือกใช้กิจกรรมทางเลือก เช่น การทำสมาธิ การฝึกการหายใจแบบห่อปากจะทำให้หายใจช้าลงหายใจได้ลึกมากขึ้น การใช้จินตนาการเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและหันเหความสนใจออกจากการหายใจลำบาก

3. ช่วยเหลือจัดท่านอนผู้ป่วยให้รู้สึกสุขสบาย เช่น จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนศีรษะสูงนอนตะแคงเพื่อให้เสมหะไหลออกมาจากช่องปากได้ง่าย และเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

4. ดูแลความสะอาดภายในช่องปากให้กับผู้ป่วย เพราะอาการเหนื่อยหอบ จะทำให้ปากแห้งและอาจเกิดการติดเชื้อได้

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามคำแนะนำของแพทย์เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบ และลดอาการกระวนกระวายได้

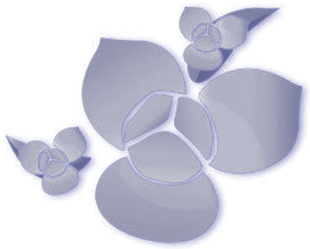
6. พยายามสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำถามปลายปิดและใช้คำพูดสั้นๆ เพียง 1-2 คำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้โดยการพยักหน้า ส่ายหน้า หรือให้ผู้ป่วยเขียนบนกระดาษหรือดูรูปภาพกิจกรรมเพื่อสื่อความหมายในอาการนั้นเพื่อให้สามารถตอบคำถามได้ทันที

7. ในขณะที่ผู้ป่วยหายใจลำบากผู้ป่วยอาจกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น ผู้ดูแลควรให้กำลังใจสัมผัสลูบหลังเบาๆ

8. ควรประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอย่างสม่ำเสมอ

9. ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับออกซิเจน ควรให้ออกซิเจนทางจมูก เพราะการให้ออกซิเจนแบบหน้ากากจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย พูดคุยไม่สะดวก

10. จัดให้มีม้านั่งหรือเก้าอี้ และโต๊ะเล็กๆ ในห้องนอน สำหรับผู้ป่วยที่การหายใจมีปัญหามากในช่วงกลางคืน ลุกนั่งข้างเตียงและวางเท้าบนม้านั่งหรือเก้าอี้ หลังจากนั้นฟุบลงไปบนหมอนที่วางไว้บนโต๊ะเล็กๆ ที่จัดไว้ โดยวาวงแขนยื่นไปข้างหน้า ถ้าไม่สามารถหลับได้หรือมีอาการหายใจลำบากรุนแรง เมื่อตื่นขึ้นให้ผ่อนคลาย ใช้วิธีการหายใจแบบห่อปากประมาณ2-3นาที จะช่วยทำให้รู้สึกควบคุมการหายใจของตัวเองได้ดีขึ้น











รูปที่ 6 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก



รูปที่ 7 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก

อาการไอ

อาการไอมักพบในผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 50 - 80 และพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดอาการไอส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และการเข้าสังคม และเป็นสาเหตุของอาการอื่นตามมา เช่น กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวด คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และในระยะท้ายผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนล้า ซูบผอม และการไอไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ หรือ ปอดแฟบตามมาได้

สาเหตุของอาการไอจาก

- การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง
- การรักษาบางอย่างเช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด
- ภาวะกรดไหลย้อน
- การสูดสำลัก

การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ

1. สังเกตการไอว่าถี่หรือห่าง ช่วงระยะเวลาในการไอ ลักษณะจำนวนสี และกลิ่นของเสมหะ

2. ให้กลั้วคอด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ บ่อยๆ เพื่อความสะอาดและช่วยลดอาการเบื่ออาหารได้

3. แนะนำให้ปิดปากทุกครั้งที่ไอ มีภาชนะใส่เสมหะและปิดให้มิดชิด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กระบังลม คือ หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบเพื่อป้องกันเสมหะคั่งค้าง และ ภาวะปอดอุดกั้น

5. ให้จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ไอออกได้ง่าย

6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

7. จัดท่านอนศีรษะสูงที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ป่วยหายใจสะดวก

อาการสะอึก

อาการสะอึกเกิดขึ้นจากการที่กล้ามเนื้อกระบังลมที่อยู่บริเวณรอยต่อหดตัว โดยไม่สามารถที่จะควบคุมได้ อาการสะอึกที่มีอาการมากกว่า 48 ชั่วโมง พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่โรคเข้าสู่ระยะลุกลามและระยะท้าย อาการสะอึกทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยเร็วและไม่สุขสบายอย่างมาก ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดูแลเมื่อมีอาการสะอึก

1. ประเมินลักษณะการหายใจ การสะอึก ภาวะเขียวคล้ำของปลายมือปลายเท้าเนื่องจากขาดออกซิเจน

2. ทดลองใช้เทคนิควิธีการต่างๆ อย่างง่ายๆ เช่น

   2.1 น้ำเย็น หรือ กลืนน้ำแข็งบด

   2.2 ให้ผู้ป่วยหายใจในถุงพลาสติก เพื่อจะได้สูดเอาออกซิเจนเข้าไป ทำนาน 5 นาที แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะให้หยุดทันที เพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้

   2.3 กลั้นลมหายใจ

   2.4 ดื่มน้ำจากขอบแก้วฝั่งตรงข้ามกับผู้ดื่ม

   2.5 เขี่ยบริเวณเพดานอ่อนด้วยไม้พันสำลี เพื่อกระตุ้นบริเวณคอหอย

   2.6 ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนลม หายใจออก

3. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ถ้าผู้ป่วยลุกนั่งไม่ได้ให้จัดท่านอนศีรษะสูง และจิบน้ำหรือใช้หลอดดูดน้ำทีละน้อย ป้องกันการสำลัก

4.4. อื่นๆ

การดูแลแผล

ผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละรายจะมีลักษณะแผลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโรคที่เจ็บป่วย และตำแหน่งของบาดแผล ดังนั้นผู้ดูแลควรให้การดูแลดังนี้

1. **ควบคุมอาการปวด**
   - ให้ยาลดปวดก่อนทำแผล
   - ปวดบริเวณผิวของร่างกาย/ปวดจากการอักเสบ
     – น้ำแข็งประคบก่อนและหลังทำแผลและใช้ยาแก้ปวดประเภทมอร์ฟีนหรือยาไซโลเคนใส่แผลให้ทันทีหลังทำแผลเสร็จ
2. **การห้ามเลือด (Bleeding Control)**
   - วาสลีนกอส (โซฟาโทเล่)
   - ระวังอย่าให้แผลแห้งมิฉะนั้นก๊อสจะติดกับแผลถ้าลอกออกจะส่งผลให้ปวดและเลือดออกได้
3. **การควบคุมการติดเชื้อ** อาบน้ำตามปกติเป็นผลดีต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายสะอาด
4. **การตัดเล็ม เนื้อตายออกจากแผล**
   - สำลีชุบน้ำเกลือทำแผลจนชุ่มขัดถูเนื้อตายออก
   - ใช้กระบอกฉีดยา ดูดน้ำเกลือทำแผล 35 ซีซีใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดล้างแผลช่วยชะล้างเนื้อตายออก
5. **การควบคุมสารคัดหลั่งออกจากแผล**
   - เปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครั้ง
   - ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อนและชั้นที่สองตามด้วยท๊อปก๊อส
   - ชั้นที่สองเปลี่ยนวันละ 2-3 ครั้ง ถ้าสารคัดหลั่งปริมาณมาก
   - ปกป้องผิวหนังรอบๆแผลจากสารคัดหลั่งโดยใช้วาสลีน
6. ล้างมือก่อนและหลังทำแผล
7. ทำแผลตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์
8. จัดเก็บอุปกรณ์ทำแผล ที่เปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลืองใส่ถุงมัดปาก ทิ้งที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

อาการอ่อนเพลียและอ่อนล้า

อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อ่อนล้า เป็นอาการหรือความรู้สึก ไม่ใช่โรค แต่เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายไม่มีแรง รู้สึกเหนื่อย ไม่มีกำลังใจในการทำกิจกรรมใดๆ เช่น อาการอ่อนเพลียที่พบว่าเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งจะไม่สามารถบรรเทาอาการอ่อนเพลียได้ด้วยการนอนพักผ่อน และจะแสดงอาการอ่อนเพลีย ภายใน 1 เดือนแรกหลังเสร็จสิ้นการรักษา

ทั้งนี้ไม่ควรละเลยสาเหตุของอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อื่นๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ โลหิตจาง ปวด นอนไม่-หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือเกิดการติดเชื้อ

อาการอ่อนล้าเป็นลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน ไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังหรือการทำกิจกรรม เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิตมีผลต่อการดำเนินชีวิตและกิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวลรู้สึกโดดเดี่ยวคุณภาพชีวิตไม่ดี ครอบครัวกังวลมีผลต่อการตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียและอ่อนล้า

1. กำหนดตารางการช่วยเหลือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการเตรียมทำอาหาร ความสะอาดบ้าน ทำงานบ้าน หรือทำธุระสำหรับผู้ป่วย

2. ควรรักษาสมดุลของการนอนหลับพักผ่อนและการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยนอนพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง และปรับกิจกรรมให้มีการพักผ่อนเพิ่มในเวลากลางวัน วันละ 2-3 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายบ่อยครั้ง และเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าโปรตีนพลังงาน วิตามิน และแร่ธาตุเหล็กสูง เช่น ปลา ตับ ไข่ และผักใบเขียว ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ ควรจัดให้ดื่มน้ำเกลือแร่เพื่อลดอาการอ่อนเพลีย

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบ้าง เพื่อลดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ แต่ไม่ควรผลักดันให้ผู้ป่วยทำมากกว่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

5. ส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย เช่น เล่นเกมส์ ฟังดนตรี อ่านหนังสือ หรือจัดการกับความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด การนวด

6. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

7. พยายามสงวนรักษาพลังงานและใช้พลังงานผู้ป่วยอย่างเหมาะสม คือ ในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ควรจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และไม่รบกวนผู้ป่วยเกินความจำเป็น

การดูแลภาวะสับสน

อาการสับสนคืออาการความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปอันเนื่องมาจากอวัยวะต่างๆ เริ่มหยุดทำงาน เมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิตโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยอาจมีอาการนาน 2-3 ชั่วโมง ซึ่งอาจมีอาการตลอดทั้งวัน หรือมีอาการมากขึ้นเมื่อตกกลางคืน หรืออยู่ในระยะท้าย การดูแลได้แก่

1. การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและเงียบสงบ บรรยากาศในห้องควรมีแสงสว่างให้มากพอในช่วงกลางวัน และมืดพอในช่วงกลางคืน เพื่อลดความสับสนเรื่องเวลา
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่แจ้งว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

เอกสารอ้างอิง

กิตติพล นาควิโรจน์. (2556). การดูแลอาการหอบเหนื่อย (Dyspnea ในผู้ป่วยระยะท้าย. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร. **The Dawn of Palliative Care in Thailand**. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ชยุต ใหม่เขียว. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน. ใน บุษยมาส ชีวสกุลยง และคณะ. **การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์.

ชลิยา วามะลุน. (2559). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง “สำหรับผู้ดูแล”**. อุบลราชธานี ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส

นุสรา ประเสริฐศรี. (2556). **คู่มือการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด (Pocket Pain Management Nursing)**. นนทบุรี :ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

ปาริชาติ เพียสุวรรณ, สุธีรา พิมพ์รส. (2558) .**การจัดการกับอาการในผู้ป่วยระยะท้าย**.คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.สภาการพยาบาลและสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.นนทบุรี.

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2547). **การจัดการกับความปวดในการพยาบาลแบบประคับประคอง**. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 29 (1), 62-69.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : พิมพ์สิริพัฒนา.

บทที่ 5 การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์ จิตนภา วาณิชวโรตม์
โสภิต ทับทิมหิน

ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยในระยะท้ายแล้วมักจะมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรค การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสุขทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อไป

การดูแลด้านจิตใจ

ผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายต้องประคับประคองทางด้านจิตใจอย่างมาก มักมีความกลัววิตกกังวลในการถูกทอดทิ้งและการถูกทำให้โดดเดี่ยว และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจ อยู่เคียงข้างและให้กำลังใจ รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการระบายและให้ความมั่นใจที่จะได้รับการดูแล โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดีและควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย แต่หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น พร้อมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยพร้อมเปลี่ยนแปลงความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

วิตกกังวล

เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกทั่วไปที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเกิดได้เมื่อต้องรับมือกับโรค เป็นการตอบสนองด้านความรู้สึกต่อความเครียด จากภาวะเจ็บป่วยด้วยทั้งนี้ความรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัวสามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์

การดูแลอาการวิตกกังวล

1. ผู้ดูแลควรพยายามชักชวนให้ผู้ป่วยระบายพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล ในขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องไม่บีบบังคับให้ผู้ป่วยพูดคุยโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกพร้อม
2. ผู้ดูแลควรรับฟังผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง โดยไม่ตัดสินใจความรู้สึกของผู้ป่วยหรือตนเอง
3. ผู้ดูแลและผู้ป่วยควรตัดสินใจร่วมกัน ว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรได้บ้าง
4. หลีกเลี่ยงการกล่าวโทษผู้ป่วย เพราะจะเป็นการเพิ่มความเครียดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมากขึ้น
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการสวดมนต์ การทำสมาธิ หรือวิธีการอื่นทางด้านความเชื่อหรือจิตวิญญาณเข้าร่วมด้วย

6. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามสูดหายใจลึกๆ และออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายวันละหลายๆ ครั้ง

7. งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะคาเฟอีนสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

8. แจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ เมื่อผู้ป่วยต้องการใช้ยาลดความวิตกกังวล

อาการนอนไม่หลับ

การนอนไม่หลับ เป็นภาวะนอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือสะดุ้งตื่นขึ้นมาแล้วนอนหลับต่อไม่ได้ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น อาหาร รูปแบบการใช้ชีวิต ความเจ็บป่วย การใช้ยา ความเครียด ความกังวล เป็นต้น ส่งผลต่ออารมณ์ ความจำ การตื่นตัว ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียตลอดเวลา และไม่มีเรี่ยวแรง ในรายที่ร้ายแรงอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง บางครั้งกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

การประเมินการนอนไม่หลับ

การสังเกตอาการว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับ โดยดูได้จากผู้ป่วยมีอาการหาวนอนบ่อยๆ ง่วงนอนหรือตาจะหลับตลอดเวลา สายตาพร่า บางคนเซื่องซึม บางคนหงุดหงิดง่ายกระวนกระวาย

การดูแลผู้ป่วยอาการนอนไม่หลับ

1. ควรจัดห้องนอนที่มีการระบายอากาศได้ดี อุณหภูมิพอเหมาะที่ผู้ป่วย รู้สึกสบาย ไม่ร้อนไม่หนาวสำหรับผู้ป่วย สามารถเปิดหน้าต่างระบายอากาศ สำหรับห้องนอน ไม่ได้ติดเครื่องปรับอากาศควรเปิดพัดลมระดับความแรงต่ำๆ ตลอดทั้งคืน

2. การช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับดีขึ้น ผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมต่างๆ ในเวลากลางวันให้มากกว่ากลางคืน

3. ทำจิตใจให้ผ่อนคลายหลีกเลี่ยงความคิดหมกมุ่น ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ บริเวณที่นอน เช่น การดูทีวี การคุยโทรศัพท์ก่อนเข้านอน

4. ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยงีบหลับในช่วงเช้า เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่น พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน หรือจัดชาสมุนไพร นมอุ่นๆให้รับประทานก่อนนอน

การดูแลความรู้สึกสิ้นหวัง ซึมเศร้า

1. ประเมินสภาพทางครอบครัว สังคมของผู้ป่วย

2. ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือต่อว่าด้วยถ้อยคำรุนแรงเมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง แต่ควรรับฟังให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ

4. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง

5. เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การทำกิจวัตรประจำวัน หรือปรับแผนในการดูแลตนเอง

6. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ป่วยกับครอบครัว

7. ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันโดยใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

8. หากผู้ป่วยมีปัญหาในการสื่อสาร ควรหาอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร

การดูแลเรื่องความกลัว

1. ลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว ได้แก่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยตกใจหรือเจ็บปวด ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ ให้ความรู้ในเรื่องที่ผู้ป่วยขาดและต้องการ

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับความกลัว

3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยอื่น และเปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้สึก

4. ให้ความช่วยเหลือในการลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลัว

การดูแลเรื่องความกดดันทางจิตวิญญาณ

1. รับฟังและยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

2. ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้เล่าความรู้สึกของตนเอง

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในด้านบวก

4. ช่วยให้ผู้ป่วยหาความหมายของการเจ็บป่วยในเชิงเหตุผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในชีวิตโดยการใช้คำถาม ปลายเปิด เช่น “คุณรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้”

5. ช่วยค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ

6. แนะนำการผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

7. ปรึกษาผู้ให้บริการให้คำปรึกษา

8. ให้เวลาพูดคุยและเปิดโอกาสให้กับครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้พูดระบายในสิ่งที่คับข้องใจ

การดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะเล่าถึงความขุ่นข้องทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น

2. ประเมินภาวะทางจิต - สังคม และให้คำปรึกษาเบื้องต้น ช่วยให้ภาวะอารมณ์ผ่อนคลายและเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหา

3. สังเกตสัญญาณเตือนภัยทั้งด้านความคิด คำพูดและการกระทำ เช่น คำพูด

“ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่ออะไร”

“อยู่หรือตายก็มีค่าเท่ากัน”

“ถ้าเป็นอะไรไปขอให้คุณหมอทราบว่าคุณหมอได้ทำหน้าที่ของคุณหมอดีที่สุดแล้ว”

การเขียนพินัยกรรม การขอขมาลาโทษแก่ผู้ที่เคยทำให้ขุ่นเคืองใจ

4. มีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือน อาจมีการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์บางอย่างให้ทีมพยาบาลทราบ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ ปลอดภัย จัดเก็บอุปกรณ์ ที่ผู้ป่วยอาจนำไปใช้ทำร้ายตนเอง

6. นำผู้ป่วยไปพบแพทย์หากมีคำพูดหรือพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณเตือนเพื่อพิจารณาแผนการรักษาหรือส่งต่อ



การดูแลด้านจิตสังคม

การดูแลทางด้านจิตสังคม เป็นการเยียวยาด้านจิตใจ ที่มีความจำเป็นและสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัว ร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยใช้ทักษะในการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัว ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างสมดุลสอดคล้องกับการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจ มีความสุขตามอัตถภาพภายใต้ข้อจำกัดของโรคและการรักษาที่เป็นอยู่ โดยการให้การดูแลด้านจิตสังคมสามารถปฏิบัติดังนี้

- ประเมินปัญหาด้านสังคมและเศรษฐานะ และปัญหาด้านครอบครัว
- ประเมินความต้องการและประสานความช่วยเหลือด้านสังคมหรือเศรษฐกิจ กรณีมีปัญหา
- รับฟังปัญหา เป็นเพื่อนคู่คิด และให้คำแนะนำแบบสั้น กระชับได้ใจความ เกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ โดยหลักสำคัญคือต้องฟังอย่างตั้งใจ และจับประเด็นให้ได้ว่าผู้ป่วยมีเหตุผลวิธีคิดต่อโรคอย่างไรก่อนจะให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย
- สนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหา และจัดการปัญหาได้ด้วยตัวเอง
- เสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์

การดูแลด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ คือ “ส่วนลึกของจิตใจผู้ป่วย” ที่อยากจะทำอะไรเป็นครั้งสุดท้ายก่อนจะจากไป เช่น อาจจะอยากพบใครบางคน อยากกล่าวคำขอโทษ หรืออยากเห็นคนที่ตนรักได้ทำบางสิ่งก่อนที่จะจากไป

ทั้งนี้จิตวิญญาณไม่ได้มีความหมายเพียงศาสนาเท่านั้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีความเข้าใจเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้สิ่งที่ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการมากที่สุด คือ ความรักและสิ่งที่กลัวที่สุด คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง เพราะฉะนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ คือ“ความรักและการดูแลบรรเทาความเจ็บปวดจากบุคคลอันเป็นที่รัก”

1. รับฟัง ความรู้สึกกลัว ความหวัง ความฝัน และ คุณค่าความหมายของ ผู้สูงอายุ
2. เห็นคุณค่าในจิตวิญญาณ ปัญหาหรือความทุกข์และความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุแต่ละคน
3. รับรู้มองหาแหล่งสนับสนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งภายใน

4. ช่วยให้ผู้สูงอายุเตรียมพร้อมสำหรับการจากไปเช่น อยากจากไปท่ามกลางคนที่รัก หรือคนพิเศษ กอดสัตว์เลี้ยงก่อนจาก

5. สนับสนุนความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุ เพราะทุกศาสนาเชื่อว่า การตายดี หรือการตายอย่างสงบเป็นเรื่องสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2561). **วิชาชีวิต**. กรุงเทพฯ: บริษัท ชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จำกัด

ชลิยา วามะลุน. (2559). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง "สำหรับผู้ดูแล"**. อุบลราชธานี : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส

สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ (บรรณาธิการ). (2558). **แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 4.นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.). (2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : พิมพ์สิริพัฒนา.

Alexander K, Goldberg J, & Korc-Grodzicki B. (2016). **Palliative care and symptom management in older patients with cancer**. Clin Geriatr Med, 32(1),45-62.

Balducci L,& Dolan D. Palliative care of cancer in the older patient. Curr Oncol Rep, 18(12),70.

Onyeka T. C. (2010). **Psychosocial issues in palliative care: a review of five cases**. Indian journal of palliative care, 16(3), 123–128.

บทที่ 6 การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

สุวารีวรรณ จิระเสวกดิลก
พรทรัพย์ เตชะกุลเจริญ
ปฐมพร ศิรประภาศิริ

การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตมีจุดประสงค์หลัก คือ ผู้ป่วยจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือ ตายดี หากผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพวางแผนการเสียชีวิตร่วมกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้าก็มีความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้นที่จะไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากการรักษา หรือการยื้อชีวิต

การแสดงเจตนารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการดูแลรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมานในช่วงใกล้เสียชีวิตทุกคนสามารถทำได้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา12 ผู้ป่วสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามเอกสารที่มีการเผยแพร่ หรือเขียนตามรูปแบบของตนเอง ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจนตา ชื่อบุคคลใกล้ชิดที่จะช่วยอธิบายความต้องการเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ และอาจมีพยานหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ไม่ควรขอให้แพทย์หรือทีมสุขภาพเป็นพยานยื่นหนังสือดังกล่าวให้แก่บุคลากรสาธารณสุขเมื่อจำเป็นต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในระยะใกล้เสียชีวิต

ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานบางอย่างมาก่อนทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และบุคคลรอบตัว สามารถแสดงเจตนาต่างๆ เช่น การปฏิเสธการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการรักษาในห้องไอซียู ปฏิเสธการใช้เครื่องกระตุกหัวใจ ปฏิเสธการรักษาโรคแทรกซ้อน หรือการปฏิเสธการรักษาโรคประจำตัวอย่างเต็มที่ เช่น โรคเบาหวานอาจไม่ต้องการเจาะน้ำตาลทุกวัน ไม่ต้องการฉีดอินซูลิน รวมถึงการเลือกสถานที่เสียชีวิตได้

กรณีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ให้การดูแลด้านจิตสังคม จิตวิญญาณได้ดีกว่าทีมสุขภาพ ผู้ดูแลต้องเตรียมตัว เรียนรู้อาการของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ซึ่งการทำงานของอวัยวะรับรู้ต่างๆ มีการทำงานลดลงสังเกตุอาการตามช่วงเวลาดังนี้

อาการในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต

- รับประทานอาหารและน้ำลดลง
- กลืนลำบาก
- มีอาการอ่อนล้าลงเรื่อยๆ เคลื่อนไหวน้อยลง
- ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน
- ปัสสาวะน้อยลง
- สีผิวดูซีด

การดูแลในช่วงนี้ เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายเช่นเดียวกับช่วงระยะท้ายในบทที่ 1-5

การสูญเสียความรู้สึกรับรู้ 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต เรียงตามลำดับ

- การสูญเสียความอยากอาหารและน้ำ
- การสูญเสียความสามารถในการพูด
- การสูญเสียความสามารถในการมองเห็น
- การสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส

การสูญเสียความอยากอาหารและน้ำ

ในระยะก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยจะไม่มีความอยากรับประทานอาหาร เนื่องจากร่างกายไม่สามารถที่จะย่อยสารอาหาร โดยทั่วไปผู้ดูแลมักจะวิตกกังวลเข้าใจว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่มีเรี่ยวแรง มักขอร้องให้แพทย์ให้อาหารทางสายยางหรือให้น้ำเกลือ การให้อาหารไม่ได้ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อาจทำให้มีท้องอืดเนื่องจากระบบการย่อยอาหารไม่สามารถทำงานได้ อาจอาเจียนหรือสำลักอาหารได้ ผู้ดูแลควรเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่ได้อดอาหารจนตาย แต่ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถรับอาหารได้ต่อไป

ผู้ป่วยมักไม่หิวน้ำ อาจจิบน้ำเพียงเล็กน้อยหรือไม่ดื่มน้ำเลยในระยะท้าย ไตของผู้ป่วยจะเริ่มไม่ทำงาน มีปัสสาวะลดลง การให้น้ำเกลืออาจทำให้มีภาวะน้ำคั่ง ทำให้มีน้ำท่วมในปอด มีเสมหะมาก ทำให้หายใจลำบาก ภาวะขาดน้ำจึงเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการให้น้ำเกลือ

การสูญเสียความสามารถในการพูดและการมองเห็น

ผู้ป่วยสูญเสียการสื่อสาร มองสิ่งต่างๆ อย่างไม่มีความหมาย ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่รับรู้อะไรแล้ว แต่ความจริงผู้ป่วยบางราย อาจมีประสาทรับฟังทำงานได้อยู่ และสามารถรับรู้สิ่งที่คนรอบข้างพูดคุย การดูแลจึงไม่ควรพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ หรือก่อให้เกิดความกังวลหรือความห่วงใย ไม่ควรร้องไห้ฟูมฟาย ควรพูดคุยแต่สิ่งที่ดีๆ เช่น ความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อผู้ป่วย

การสูญเสียการได้ยินและประสาทสัมผัส

การได้ยินและประสาทสัมผัสจะเป็นอวัยวะรับรู้ความรู้สึกที่เสียไปหลังสุด การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจึงควรเป็นการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบาย โดยการใช้สัมผัส การลูบคลำ การนวด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย

อาการช่วง 24-28 ชั่วโมงถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต

ในระยะที่ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกตัวไป ช่วงนี้อยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปตลอดชีวิต และการเสียชีวิตที่บ้านอย่างไร มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตที่เหลืออยู่ของคนอื่นๆในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตอย่างสงบ ผู้ป่วยบางรายมีอาการ ดังนี้

- อาการสับสนกระสับกระส่าย เพ้อ
- การร้องครวญคราง
- ภาวะหายใจเสียงดัง มีเสียงครืดคราดในลำคอ เสมหะมาก
- หายใจลำบาก
- ชีพจรเบาลงมาก คลำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง
- กล้ามเนื้อกระตุก
- ผิวหนังซีดและเย็นลง

อาการสับสนกระสับกระส่าย

อาจเกิดจากสาเหตุหลายอย่างสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถช่วยได้ เช่น อาการกระสับกระส่ายอาจเกิดจากความกลัว มีเรื่องค้างคาใจที่ยังไม่ได้รับการจัดการ การมีอุจจาระคั่งค้าง ผู้ดูแลสามารถปรึกษาอาการกับทีมสุขภาพและขอคำแนะนำในการสวนอุจจาระ

ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ดูแลควรแจ้งทีมสุขภาพที่ให้การดูแลว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายไม่สามารถรับประทานยาได้ เพื่อจะได้มาเยี่ยมและการจัดการอาการปวดด้วยวิธีอื่น ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ แพทย์อาจสั่งให้ยาระงับประสาทช่วยให้ผู้ป่วยสงบ

การร้องครวญคราง

หากจัดการอาการปวดดีแล้ว การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ผู้ดูแลไม่ต้องวิตกกังวล

ภาวะหายใจเสียงดัง มีเสียงครืดคราดในลำคอ เสมหะมาก หายใจลำบาก

เสียงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากเสมหะตามปกติที่ผู้ป่วยไม่มีแรงพอจะกลืนได้ อาการหายใจเสียงดังไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่มักทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวล รูปแบบการหายใจเปลี่ยนแปลงไป อาจมีลักษณะหายใจช้าสลับเร็ว หายใจตื้นและลึกสลับกัน หรือบางครั้งมีหยุดหายใจร่วมด้วย

การดูแลภาวะหายใจเสียงดัง เสียงครืดคราดในลำคอ

1. ควรจัดท่านอนตะแคง หรืออยู่ในท่านอนราบและช่วยหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะที่เกิดขึ้นสามารถไหลออกได้สะดวก
2. ใช้ผ้าซับน้ำลายหรือเสมหะที่ข้างกระพุ้งแก้ม
3. การใช้เครื่องช่วยดูดไม่ได้ช่วยทำให้มีอาการดีขึ้น นอกจากเพิ่มความรำคาญความลำบากและความทุกข์ทรมานแก่ผู้เสียชีวิต
4. หากมีเครื่องผลิตออกซิเจนสามารถให้ออกซิเจนเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากได้

การดูแล 24-28 ชั่วโมงถึงนาทีสุดท้ายของชีวิต

1. ไม่ควรปลุกตื่นบ่อย
2. ควรพูดคุยเรื่องที่มีความสุขช่วงที่ผู้ป่วยตื่น
3. เปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบให้ฟังเบาๆ
4. ช่วยนวดบริเวณหน้าผากเบาๆ
5. ผู้ที่ไม่กระสับกระส่าย ไม่ควรผูกมัด

เอกสารอ้างอิง

ชลิยา วามะลุน. (2559). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง “สำหรับผู้ดูแล”**. อุบลราชธานี ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส

นภา หลิมรัตน์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). **คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, อรรถกร รักษาสัตย์.(2562). **Update Handbook for Palliative care guidelines**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

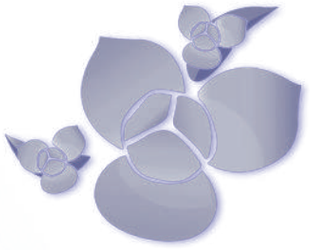
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : พิมพ์สิริพัฒนา.

Corless IB. Bereavement. (2007). **Textbook of palliative nursing**. New York, Oxford University Press Inc.

Doyle D and Jeffrey D. (2007). **Palliative care in the home**. New York, Oxford University Press Inc.

Milone-Nuzzo and McCorkle R. (2006). **Textbook of palliative nursing.** New York, Oxford University Press Inc.

Thomas K. Community palliative care. (2006). **ABC of Palliative Care**. 2nd ed. Singapore: COS Printers Pte Ltd.



บทที่ 7 การดูแลภายหลังเสียชีวิต

จิตนภา วาณิชวโรตม์
นันทิยา แก้ววงษา

เมื่อผู้ป่วยจากไปอย่างสงบแล้ว การดูแลสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของกันและกันระหว่างผู้ดูแลและญาติ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถร่วมกันผ่านพ้นช่วงเวลาของความทุกข์ได้อย่างสงบและมีสติ ในช่วงเวลายากลำบากของชีวิต เรามีวิธีการจัดการกับความทุกข์ต่างๆ กันไป โดยสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องทำหลังจากที่ผู้ป่วยจากไปคือ การดูแลร่างกาย แและจัดการธุระต่างๆ เช่น

1. ผู้ดูแลควรกระทำเช่นเดียวกับผู้จากไปยังมีชีวิตอยู่ โดยการทำสิ่งต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล ให้ความเคารพเช่นเดียวกับขณะยังมีชีวิตอยู่ ควรแต่งหน้าและสวมเสื้อผ้าให้มองดูคล้ายขณะที่มีชีวิตมากที่สุด เหมือนสภาพคนที่กำลังนอนหลับสนิท

2. จัดตั้งศพอยู่ในที่มีความสงบ

3. หากผู้เสียชีวิตเคยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ ควรติดต่อศูนย์รับอวัยวะ โทรศัพท์หมายเลข 1666 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้หากเป็นความจำนงบริจาคดวงตาไว้ควรติดต่อภายใน 6 ชั่วโมงหลังการตาย

4. แจ้งการตายและขอหนังสือรับรองการตาย ที่ฝ่ายทะเบียนสำนักเขตท้องที่ภายใน 24 ชั่วโมง โดย

4.1 ในกรณีเสียชีวิตที่บ้าน ญาติควรติดต่อกับโรงพยาบาลให้ออกหนังสือรับรองการตายให้ โดยใช้ใบรับรองแพทย์ที่บ่งชี้ถึงโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรงพยาบาลประกอบในการแจ้งหรือยื่นแก่ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อออกหนังสือรับรองการตายให้

4.2 ส่วนการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะออกหนังสือรับรองการตาย ซึ่งสามารถนำไปใช้แจ้งตายที่สำนักงานเขตต่อไปเอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ในการแจ้งตาย ประกอบด้วย บัตรประจำตัวประชาชนของผู้แจ้ง ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าของบ้านที่คนตายมีชื่ออยู่ (ถ้ามี) หนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) บันทึกประจำวันแจ้งความคนตาย (กรณีไม่มีหลักฐานรับรองการตาย)

5. ติดต่อจัดการงานศพและพิธีกรรมอื่นๆ ตามความเชื่อ

6. กรณีผู้ป่วยได้ทำประกันชีวิตไว้ ต้องมีเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหม ดังนี้

6.1 ใบเรียกร้องค่าสินไหม

6.2 ใบมรณะบัตร สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมประทับตราตาย

6.3 กรณีที่เสียชีวิตที่บ้านต้องเตรียม หนังสือรับรองการตายของโรงพยาบาล ใบรับรองแพทย์กรณีมีแผนให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน

6.4 กรมธรรม์ต้นฉบับ (หากหายให้ไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ และนำใบแจ้งความมาเป็นหลักฐานแทน)

6.5 สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน หน้าสมุดบัญชีของผู้รับผลประโยชน์ทุกท่านเซ็นสำเนาถูกต้อง

6.6 การลำดับทายาท ในส่วนทรัพย์สินของผู้ป่วย ให้ถามผู้รู้หรือนักกฎหมาย

การเยียวยาความเศร้าหลังผู้ป่วยจากไป

ความทุกข์ ความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องที่คนเราต้องประสบ เราจึงสามารถที่จะแสดงออกถึงความเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม และสามารถบรรเทาความเศร้านั้นได้หลายวิธี อาทิ เช่น

1. การบอกข่าวการตายแก่ญาติคนอื่นๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งการเตรียมรับสถานการณ์ เช่น การเป็นลม หรืออาการช็อก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. อย่าบังคับ หรือรบเร้าให้ยอมรับความตายหรือการจากไปของผู้ป่วย แต่ควรอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และค่อยรับฟังความรู้สึกอย่างสงบ

3. เมื่อรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้น ให้ยอมรับความรู้สึกนั้น และบอกว่าเป็นเรื่องธรรมดา อย่าปฏิเสธความรู้สึกหรือข่มกลั้นไว้

4. เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยถึงความตายหรือกล่าวถึงผู้ตาย ทั้งนี้การร้องไห้เป็นการระบายและสามารถเยียวยาความเศร้าได้

5. หลายคนอาจรู้สึกผิดที่ยังไม่ได้ทำสิ่งต่างๆให้กับผู้ป่วย ให้คิดว่าเราสามารถทำสิ่งที่ดีๆเกี่ยวเนื่องกับผู้ตาย เพื่อเป็นบุญแก่ผู้ตายได้

6. เปลี่ยนความทุกข์ ความโศกเศร้า เป็นโอกาสในการทำความดีเพื่อส่งบุญถึงผู้ตาย

7. พิธีกรรมต่างๆไม่ว่าจะเป็นการทำบุญหรือการสวด เป็นกำลังใจสำคัญในการเยียวยาความทุกข์ได้

8. ความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยคลายความทุกข์ได้ เช่น ศาสนาคริสต์และอิสลามเชื่อว่าผู้ตายจะได้ไปอยู่กับพระเจ้า

9. การขออโหสิกรรม เป็นการแสดงออกถึงความรัก ให้อภัยต่อกันถึงสิ่งไม่ดีที่เคยทำต่อกันมาในอดีตโดยตัวอย่างการขออโหสิกรรมในศาสนาต่างๆ มีดังนี้

คำกล่าวคารวะและขออโหสิกรรมผู้วายชนม์สำหรับศาสนาพุทธ

(ทุกคนพนมมือผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ ..... ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ข้าพเจ้า.....ขอแสดงความเสียใจกับการจากไปในครั้งนี้ ตลอดเวลาที่ได้ให้การดูแลหากได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ โดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขออโหสิกรรมให้แก่ข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยโปรดได้ดลบันดาลให้ดวงวิญญาณของคุณ ..... ไปสู่สุคติในสัมปรายภพ ด้วยเทอญ

(ทุกคนไหว้ผู้เสียชีวิตและยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)

คำกล่าวคารวะและขออโหสิกรรมผู้วายชนม์สำหรับศาสนาอิสลาม

(ผู้นำกล่าว)

บัดนี้คุณ ..... ได้จากไปแล้วด้วยความสงบ ในนามของชื่อผู้ดูแล ..... ขอแสดงความเสียใจกับการจากไปในครั้งนี้ ตลอดเวลาที่ได้ให้การดูแลหากข้าพเจ้าได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ ขออภัยด้วย

แท้จริงเราเป็นสิทธิ์ของอัลลอฮ์ (พระผู้เป็นเจ้า) และเราต้องกลับคืนสู่พระองค์ ขอพระองค์ได้ทรงโปรดอภัยโทษ ให้แก่เขาด้วยเทอญ

(ทุกคนยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)



คำกล่าวคารวะและขออโหสิกรรมผู้วายชนม์สำหรับศาสนาคริสต์ (คริสเตียน)

(ทุกคนร่วมกันอธิษฐาน ผู้นำกล่าว)

ขอบคุณพระเจ้าที่คุณ ..... ได้กลับสู่พระองค์แล้วด้วยความสงบ ในนามของ..... ขอร่วมในความทุกข์โศกและอาลัยรักกับครอบครัว ตลอดเวลาที่ได้ให้การดูแล ได้กระทำการใดๆ ซึ่งเป็นการล่วงเกิน ไม่ว่าด้วยกาย วาจา ใจ จะโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม ขออโหสิกรรมแก่พวกข้าพเจ้าทั้งหลายในโอกาสนี้ด้วย

ขอให้ท่านได้พำนักในพระราชัยสวรรค์ที่พระผู้เป็นเจ้าได้ทรงเตรียมไว้ตามพระสัญญา อยู่กับพระองค์ตลอดนิรันดร์กาลด้วยเทอญ อาเมน

(ทุกคนร่วมกันอธิษฐานให้ผู้เสียชีวิตและยืนสงบนิ่งไว้อาลัยพร้อมกัน 1 นาที)

“ ความตาย เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เมื่อมีเกิด ย่อมมีแก่ มีเจ็บ และตาย หากเข้าใจความเป็นธรรมดาแล้ว ความทุกข์ที่เกิดขึ้นย่อมบางลง”

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2557). **แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย.**นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กิติพล นาควิโรจน์ (บรรณาธิการ). (2559). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว**. กรุงเทพฯ. บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

ชลิยา วามะลุน. (2559). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง “สำหรับผู้ดูแล”**. อุบลราชธานี : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคน เซอร์วิส เอ็กซ์เพรส.

นภา หลิมรัตน์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2559). **คู่มือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ให้การดูแล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).(2561). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)** ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ : พิมพ์สิริพัฒนา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .(2558).**ทีมหมอครอบครัว.** นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

ภาคผนวก

ตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 1)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน.....

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นจากการสลบนั้น ☐ .....

มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง ☐ .....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆอย่างชัดเจน หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น ☐ .....

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา ☐ .....

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)	
๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้น ขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหยุดเต้นแล้ว ซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
๒. การพยุงการมีชีวิต คือการใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และอวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนานี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- ☐ การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
- ☐ .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล) .....

ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้พิมพ์/.....

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๑ ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๒ ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

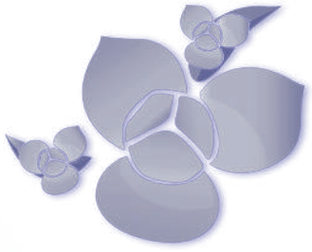
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....



ตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)

วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ที่ทำงาน.....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ และให้ลงชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- ☐ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐ การรักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U)
- ☐ การกระตุ้นระบบไหลเวียน
- ☐ กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- ☐ การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดการบริการ (Withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ☐ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- ☐ .....
- ☐ .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

☐ ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

☐ การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช)

☐ .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล).....
ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๑ ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ ๒ ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล ..... มีความสัมพันธ์เป็น.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

(ผู้แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ สามารถเลือกใช้หนังสือแสดงเจตนาแบบใดก็ได้)

เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative Performance scale version 2)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90%	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80%	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60%	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้านได้ มีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50%	นั่ง/นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
30%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
20%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/-สับสน
10%	นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีการลุกลามของโรคมากขึ้น	ต้องการการดูแลทั้งหมด	รับประทานไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/-สับสน
0%	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ +/-หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

คะแนน.....**ระดับ PPS (%)**.....

(**ที่มา**: แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ฝ่ายการดูแล
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่)

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด									มีอาการปวดรุนแรงที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย									มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้									มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า									มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล									วิตกกังวลมากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึมสะลึมสะลือ									อาการง่วงซึมสะลึมสะลือมากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร									เบื่ออาหารมากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ									ไม่สบายกายและใจเลย
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ									มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่									
0	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ผู้ทำการประเมิน ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล ☐ อื่นๆ.....

วันที่.....

เวลา.....

(**ที่มา :** อ.นพ.กิติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล สืบค้นจาก http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/FM/doctorpalliative2th)