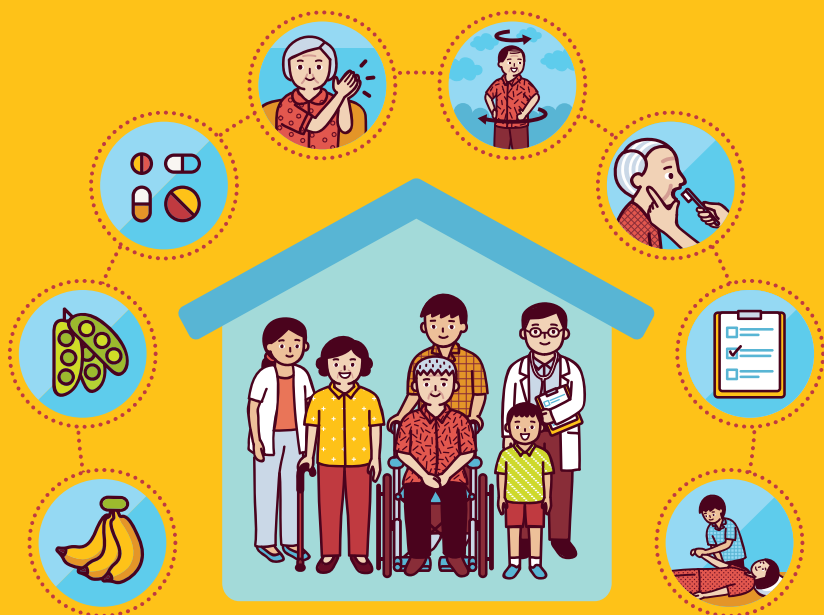




คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอครอบครัว



คณะทำงานพัฒนาคู่มือการดูแลระยะยาว : ผู้ป่วยติดบ้าน / ติดเตียง

คู่มือการดูแลระยะยาว
(Long Term Care)
สำหรับทีมหมอครอบครัว



คณะทำงานพัฒนาคู่มือการดูแลระยะยาว : ผู้ป่วยติดบ้าน / ติดเตียง

หนังสือคู่มือหมอครอบครัว จัดทำขึ้นเพื่อการประเมินผลและการดูแล
ผู้ที่ต้องการการดูแลอันได้แก่ ผู้ป่วยที่ติดบ้าน/ติดเตียง

- ประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อแบ่งว่าเป็น
ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง และต้องการความช่วยเหลือลักษณะใด
- ประเมินการกลืนและความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
- ประเมินศักยภาพสมองและจิตใจ



ชื่อหนังสือ

คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care)
สำหรับทีมหมอครอบครัว

ชื่อผู้แต่ง

พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
รศ.ร.อ.ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
นพ.สันติ ลากบุญกุล
พญ.อัญญาพร สุทัศน์วรวุฒิ
ผศ.ดร.ศุภลักษณ์ เข็มทอง
นายสมคิด เพ็ญรัมย์
ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบโดย

บริษัท เซีย ครีเอทีฟ จำกัด
Zia Creative Co., Ltd.
137 ซอยสุขุมวิท 81 ถนนสุขุมวิท
แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10260
โทร 081-732-7893, 02-311-2156,
โทรสาร 02-742-6754
E-mail : ziacreativestudio@gmail.com
กำกับศิลป์ : กัญชวลิกา กัมปนานนท์
เลย์เอ๊าท์ : พรกนก จิตรไชยโรจน์
ภาพประกอบ : เชษฐ์สุดา มีเงิน, พรกนก จิตรไชยโรจน์

ประเภทของสิ่งพิมพ์ : หนังสือ

พิมพ์ที่

บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์ กรุ๊ป จำกัด
959 ซอยสุทธิพร ถนนประชาสงเคราะห์
แขวงดินแดง เขตดินแดง กทม 10400
โทร 02-641-9135-8 โทรสาร 02-641-9139
Website : www.cyberprintgroup.co.th
E-mail : info@cyberprintgroup.co.th

พิมพ์ครั้งที่ 1

กุมภาพันธ์ 2559
จำนวนที่จัดพิมพ์ : 3,000 เล่ม
จำนวนหน้า : 80 หน้า
ราคา : 150 บาท

เจ้าของและผู้จัดทำนาย

สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 081 300 2407
E-mail : santilak17@gmail.com

ISBN : 978-616-11-2870-8

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๕๘/๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติในทีมครอบครัว

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้เกิดความเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยส่งมอบ "ทีมครอบครัว หรือ Family Care Team" ให้เป็นของวิสาหกิจใหม่ พ.ศ. ๒๕๕๘ กับทุกคนหรือครอบครัวบนแผ่นดินไทย ทีมดังกล่าวมาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ ชุมชน ตำบล และอำเภอ มาทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในท้องถิ่น อันเป็นที่มาที่จะเข้าไปด้วยสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือนในทุกกลุ่มวัย สามารถต่อปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างใกล้ชิด และทันทั่วถึง ด้วยความมุ่งหวังที่จะทำให้ทุกคนหรือครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และเป็นธรรมเป็นสำคัญ จึงมุ่งเน้นการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องสำหรับการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในทีมครอบครัว และร่วางความเข้าใจถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพที่สามารถทำงานร่วมกันโดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิได้อย่างมีคุณภาพ ประชาชนมั่นใจ เชื่อใจ และไว้วางใจ เสมือนมีหมอประจำครอบครัวอยู่ใกล้บ้าน อันจะส่งผลให้ทีมครอบครัวเกิดความสุข และความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติในทีมครอบครัว ดังต่อไปนี้

๑ นายไพจิตร ประบุตร		ที่ปรึกษา
๒ นายทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ		ที่ปรึกษา
๓ นายวชิระ เพ็งจันทร์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ที่ปรึกษา
๔ นางสาวสิรินธร อ้นทวีรักษาอุจน	คณะแพทยศาสตร์รวมอภิติ มหาวชิยาลัยมิตล	ประธาน
๕ ร้อยเอกหญิงศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
๖ นางรัชนีภรณ์ สุทัศน์วีรวุฒิ	คณะแพทยศาสตร์รวมอภิติ มหาวชิยาลัยมิตล	คณะกรรมการ
๗ นางรังสิมันต์ สุมาทโยธา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวชิยาลัย	คณะกรรมการ
๘ นางวางสินี วิเศษฤทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวชิยาลัย	คณะกรรมการ
๙ นางนลินี เชื้อคำฟู	คณะแพทยศาสตร์ มหาวชิยาลัยมิตล	คณะกรรมการ
๑๐ นายศุภลักษณ์ เข้มทอง	คณะกายภาพบำบัด มหาวชิยาลัยมิตล	คณะกรรมการ
๑๑ นางฉวีรพร สิริอังกูร	สำนักงานพยาบาล	คณะกรรมการ
๑๒ นางกาญจนา ศรีชมพู่	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑๓ นายโกเมสนทร์ ทิวทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	คณะกรรมการ
๑๔ นายชาญชัย จันทร์วีรชัยกุล	โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	คณะกรรมการ
๑๕ นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี	คณะกรรมการ
๑๖ นางรัตนา ยอดอานนท์	โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา	คณะกรรมการ
๑๗ นายอนุชิต ทรัพย์ภักดี	โรงพยาบาลวชิรวันชาวัน จังหวัดอุบลราชธานี	คณะกรรมการ
๑๘ นายสมคิด เพ็ญนรินทร์	โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์	คณะกรรมการ
๑๙ นางสาวศุภาณี ชื่นเจริญสุข	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	คณะกรรมการ
๒๐ นางรัชฎาพร สีลา	โรงพยาบาลเกาะพะลวย จังหวัดร้อยเอ็ด	คณะกรรมการ
๒๑ นางสาวเกศสุดา เกสรสุคนธ์	โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี	คณะกรรมการ
๒๒ นางกัโร นียดสุเงิน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกุดตาเพชร จังหวัดลพบุรี	คณะกรรมการ
๒๓ นางสาววรรณิภา บุญรัตน์สุข	สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๒๔ นางวิมล บ้านพวน	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	คณะกรรมการ
๒๕ นางกัญญา อิ่มนง	สำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	คณะกรรมการ
๒๖ นางสาวสุภาทิพย์ จันทร์กัญ	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะกรรมการ
๒๗ นางวรรณีกร กิจจงนา	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะกรรมการ
๒๘ นายอริยะ บุญงามชัยรัตน์	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๒๙ นางกฤษณา ตริยวัฒน์รัตน์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	คณะกรรมการ
๓๐ นางภาวสินี ชื่นเจริญสุข	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๓๑ นางสมสินี เกษมศิลป์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๓๒ นายสันติ ลาภเบญจกุล	โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี	คณะกรรมการและเลขานุการ
๓๓ นางลดาวี้อย นภพมุต	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๔ นางสาวสุภาทิพย์ ติงกัญ	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่จัดทำ "คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติในทีมครอบครัว" ให้สำเร็จลงตามวัตถุประสงค์

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายวชิระ เพ็งจันทร์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

จากมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2552 ได้ให้คำนิยาม การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไว้ว่า “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ พุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ”

จากสภาพปัญหารวมถึงแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของสังคมไทย ทำให้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญรวมถึงกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยคาดหวังว่าจะเกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยการดูแลของ ทีมหมอครอบครัวทั้งในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน รวมถึงการเกิดกลไกต่าง ๆ เช่น care manager ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำคู่มือการดูแลระยะยาวในชุมชนขึ้น

คู่มือเล่มนี้เกิดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดบ้าน / ติดเตียงที่อยู่ในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข care manager / ทีมหมอครอบครัวในระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในภาคปฏิบัติ (Practical guideline) โดยคู่มือถูกเขียนออกมาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริง โดยคณะผู้เขียนที่มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานจริงในเรื่องนั้น ๆ มาอย่างยาวนาน ส่วนเนื้อหาภาควิชาการ ผู้อ่านสามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้ในตำราเล่มต่าง ๆ ต่อไป

คณะผู้จัดทำคู่มือหวังว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพและมีความครอบคลุมในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย ในอนาคตอันใกล้ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือเล่มนี้เกิดขึ้นได้ด้วยความเพียรพยายาม และความร่วมมือร่วมใจของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

เริ่มแรก คุณหมอสันติ ลาภเบญจกุล ผู้ที่เริ่มต้นพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือที่เรียกกันในปัจจุบันว่า “ผู้ป่วยที่ติดบ้าน / ติดเตียง” จนเห็นภาพว่า ถ้าจะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีควรจะต้องจัดการอะไรบ้าง คุณหมอสันติได้รับมอบหมายให้จัดทำคู่มือเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในระดับการดูแลปฐมภูมินำไปใช้ เพื่อให้มาตรฐานการดูแลอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน และคุณหมอสันติเธอมาเชิญให้ อ.สิรินทร มาเป็นประธานในการจัดทำหนังสือเล่มนี้

ในที่ประชุมเราได้ตกลงขอบเขตของเนื้อหา และอาจารย์เสนอว่าจะทำคู่มือ ที่ใช้ตัวอักษรน้อย ๆ และใช้ภาพเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้สะดวกกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้นักวิชาการหลายท่านที่เป็นผู้พิมพ์ และเกี่ยวข้องกับการจัดหาความรู้ที่ปรากฏในหนังสือ อาจารย์ขอกราบขอบพระคุณบุคคลอีกมากมายที่ทำให้เกิดหนังสือเล่มนี้ ทั้งช่วยในการวาดภาพ การจัดการให้เป็นเล่ม และแหล่งทุนเพื่อการจัดพิมพ์ ได้แก่

- ทีมสถาปนิกอาสา (ผ่านทางความกรุณาของ อ.ยอดเยี่ยม เทพรานนท์)
- ทีมสหાયธรรมของ คุณณัฐรี อัครเรืองพิภพ
- ครอบครัว มิตรสหาย และแวดวงของ คุณอารยา เข้ากระจำง

อาจารย์ขอกราบทุกท่านมาแทนผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และครอบครัว ที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ด้วยหัวใจและความเป็นมนุษย์ ให้ทุกชีใหญ่ ทุกข์ยาก ละลาย ลดลงไป

อาจารย์สิรินทร ไม่มีพลังอำนาจใด ๆ ที่จะอำนวยความสะดวกให้ท่านทั้งหลาย แต่ผลงานಿಸงส์ของกุศลธรรมที่ท่านได้ช่วยกัน ก่อให้เกิดประโยชน์แก่มวลมนุษย์ ย่อมส่งผลที่พึงประสงค์ให้กับทุกท่านแน่นอน

คารวะ

อ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

สารบัญ

Contents

บทที่

1

แนวทางการดูแลขั้นพื้นฐาน
ของผู้ป่วยติดบ้าน / เติดยง

10

บทที่

2

ภาวะ / ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล

18

1. ภาวะกลืนลำบาก 19
2. การติดเชื้อ 24
3. ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก 29
4. ท้องผูก 30
5. หกล้ม 34
6. นอนไม่หลับ 36

บทที่

3

โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดบ้าน / เติญง

38

1. โรคหลอดเลือดสมอง
อัมพาตอัมพฤกษ์
 - การจัดท่า 45
 - การออกกำลังกายแบบผู้อื่นทำให้ 48
 - การฝึกย้ายตนเองอย่างปลอดภัย 54
2. โรคพาร์กินสัน 60
3. โรคข้อเข่าเสื่อม 64
4. กวះซึมเศร้า 66
5. กวះสมองเสื่อม 70
 - วิธีรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 72

บทที่

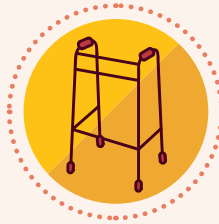
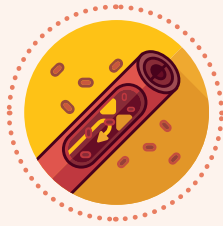
4

การใช้ยาในการดูแลระยะยาว

76

โรคติดบ้าน / ติดเตียง

โรคหลอดเลือดสมอง



โรคอัมพฤกษ์



โรคอัมพาต



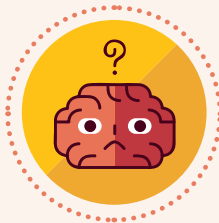
โรคพาร์กินสัน



โรคข้อเข่าเสื่อม



ภาวะซึมเศร้า



ภาวะสมองเสื่อม

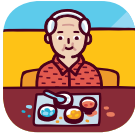


บทที่ 1 แนวทางการดูแลขั้นพื้นฐาน
สำหรับผู้ติดบ้าน / ติดเตียง
(ทำทุกวัน)

แนวทางการดูแลขั้นพื้นฐาน (ทำทุกวัน) สำหรับผู้ติดเตียง



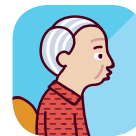
ภาวะกลืนลำบาก (ที่อาจเสี่ยงต่อการสำลัก) ฝีกออกกำลังใจ • คัด • กาย ดังนี้



ขณะทานอาหาร ไม่ควรเคร่งเรื่องมารยาท หมั่นพูดคุยให้ตื่นตัว ยิ้มกว้าง 3 ครั้ง



ปรับเตียง 45 - 90° จับลูกนั่งบนเตียง ฝึกหายใจเข้าทางจมูก - เป่าปาก 3 ครั้ง
+ หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ 3 ครั้ง



ปรับเตียง 45 - 90° จับลูกนั่งบนเตียง ให้หลับตา ขมวดคิ้ว ย่นจมูก 3 ครั้ง
+ ทำปากจู๋ - สบฟัน 3 ครั้ง + ก้มคอกลืนน้ำลาย ไอ 1 ครั้ง ร้องอาอู้อัดัง ๆ
1 ครั้ง แล้วฝึกกลืน

❖ ข้อแนะนำ

การดูแลผู้ที่มีภาวะกลืนลำบากและป้องกันการสำลักอาหาร

- ปรับอาหารให้เหมาะสม อาจให้อาหารชิ้นก่อน แต่ปริมาณน้อย เช่น โจ๊กปั่น เพื่อดูว่าผู้ติดเตียงสามารถกลืนได้หรือไม่
- ทำกิจกรรมบำบัดเรื่องการบริโภคอาหาร
- อาหารฝึกกลืนควรมีเนื้ออาหารชิ้นหนืด มีน้ำจากเนื้ออาหารรสชาติไม่หวาน ไม่เค็ม ไม่รสจัด และกลืนได้หลังบดกับเหงือก (ไม่เคี้ยวด้วยฟัน) เช่น โจ๊กข้น (ไม่ใช่เนื้อสัตว์ - ไข่ - ผัก) ไข่ลวก ฟักทองบด มันบด กลัวย่น้ำว่าสูกบด สังขยา (ไม่เกิน 1 ช้อนชา ต่อคำและไม่เกิน 5 คำต่อมื้อ รวมทั้งวันควรให้ 3-5 มื้อ)
- ถ้ามีสายให้อาหารควรใช้อาหารฝึกกลืนก่อนให้อาหารทางสาย 1 ชั่วโมง แล้วก้มคอ บ้วนปากให้สะอาด
- ควรก้มคอกลืนอาหารที่ป้อน ห้ามแหงนคอไปข้างหลัง หยุดป้อนถ้ามีการสำลักทันที
- ไม่รีบป้อนอาหารฝึกกลืน
- ขณะรับประทานอาหาร ให้นั่งหัวสูง หรือไขเตียง 30-90 องศา
- ขอคำแนะนำจากแพทย์ว่ายาชนิดใดบดได้ เนื่องจากยาบางชนิดเป็นแบบแตกตัวในลำไส้ (enteric-coated) หากบดยาตอนป้อน อาจทำให้ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับสูงเกินไปได้

ภาวะสมองเสื่อม (ที่ยังรับรู้แต่เคลื่อนไหวลำบาก) ฝึกออกกำลังกาย • คิด • กาย ดังนี้



เข้าใจสภาวะเจ็บป่วย ไม่ตำหนิได้เถียง ทำทุกสิ่งให้ง่ายเป็นขั้นตอน พุดซ้ำๆ พาหัวเราะ



ปรับเตียง 45-90° จับลูกนั่งบนเตียง + กระตุ้นการมอง โดยฝึกหยิบของส่งจากมือซ้ายไปขวา 3 ครั้ง และขวาไปซ้าย 3 ครั้ง + กระตุ้นฟังเสียงเพลง โดยเริ่มปรบมือตาม จากหน้าอก > จมูก > เหนือศีรษะ ฝึก 3 ครั้งต่อรอบ ฝึก 5 รอบ



ปรับเตียง 45-90° จับลูกนั่งบนเตียง + ฝึกหันคอซ้าย > ขวา > ก้ม > เงย และมองตรง ฝึก 3 ครั้ง + ให้หลับตา ขมวดคิ้ว ย่นจมูก ฝึก 3 ครั้ง + ประสานมือ ยกแขนขึ้นลง ฝึก 5 ครั้ง



ประเมินสัญญาณเตือน ลดสิ่งกระทบความรู้สึก เข้าใจโรค พุดคุยรับฟัง ให้กำลังใจ



ปรับเตียง 45 - 90° จับลูกนั่งบนเตียง + ใช้มือแตะอวัยวะบนหน้าเลียนแบบ
ฝึก 3 ครั้ง + ให้ส่งเสียงเรียกขณะแตะอวัยวะและให้ออกเสียงพูดตาม ฝึก 3 ครั้ง



ปรับเตียง 45 - 90° จับลูกนั่งบนเตียง + ฝึกขยับคิ้วขึ้น กลอกตาซ้ายไปขวา 3 ครั้ง
+ ประนมมือข้างหน้า > หลัง > ซ้าย > ขวา > กลางลำตัว 3 ครั้ง + ให้งอเข่า
ยกขาขึ้นลง เหยียดเข่ายกขาขึ้นลง ฝึก 3 ครั้ง

แนวทางการดูแลขั้นพื้นฐาน (ทำทุกวัน) สำหรับผู้ติดบ้าน



ภาวะสมองเสื่อม

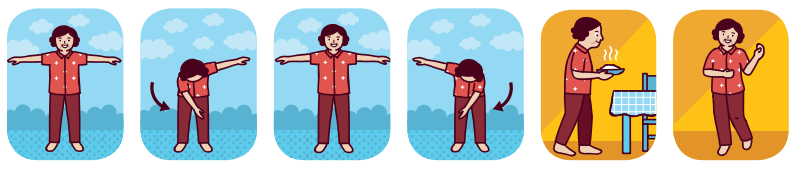
(ที่ยังรับรู้และเคลื่อนไหวได้) ฝึกออกกำลังใจ • คิด • กาย ดังนี้



เข้าใจสภาวะเจ็บป่วย ไม่ตำหนิได้เสียง ทำทุกสิ่งให้ง่ายเป็นขั้นตอน พุดซ้ำ ๆ พาห้เรา



ย้ายไปนั่งเก้าอี้ในบ้าน + ฝึกหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ 5 ครั้ง + ใช้มือสองข้างวาดรูปบนอากาศเป็น ☺ ∞ ♥



เดินออกไปยืนใน/นอกบ้าน + ฝึกกางแขนทรงตัว ใช้มือขวาแตะเข่าซ้าย มือซ้ายแตะเข่าขวา สลับกัน นับตั้ง ๆ 10 ครั้ง + ฝึกเดินเตรียม-เก็บอาหารบนโต๊ะ แต่ละมืด้วยตนเอง + รำวงวันละ 1 เพลง ตามท่าทางของผู้ดูแล และกระตุ้นให้ทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน

ภาวะซึมเศร้า

ฝึกออกกำลังใจ • คิด • กาย ดังนี้



ประเมินสัญญาณเตือน ระวังการทำร้ายตัวเอง คอยพูดคุย รับฟัง ให้เวลา ให้กำลังใจ



ให้เดินออกไปยืน + ขวนปรบมือและออกเสียงตามจำนวนครั้ง 1-2-3-3-2-1 = 1 รอบ
ทำ 3 ครั้ง + ขวนร้องเพลงชาติหรือเพลงง่าย ๆ วันละ 1 เพลง พร้อมผู้ดูแลและลูกหลาน



ให้เดินออกไปยืน + กางแขนขาสองข้าง เท้าสะเอว หันตัวไปทางซ้าย สลับหัวหันหน้า
ไปขวาส่งเสียงเฮ-ฮา ไปเรื่อย ๆ นับ 1-10 ในใจ + สำรองตู้เย็น ฝึกทำอาหารเข้าอย่างง่าย
วันละ 1 อย่าง ล้างจานช่วยกับผู้ดูแล + เดินชมต้นไม้ กวาดใบไม้ ปลุกต้นไม้อย่างง่าย

ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก

ฝึกออกกำลังกาย • คิด • กาย ดังนี้



รับฟังปัญหา ตอบสนองความต้องการ ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมั่นชื่นชมความคิด



ย้ายไปนั่งเก้าอี้ในบ้าน + ฝึกหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ 5 ครั้ง + ประสานมือ
ลิ้มตา-หุบแขนเข้าหาตัว หลังตา-กางแขนออกจากตัว = 1 รอบ ทำ 10 รอบ นับตั้ง ๑



ย้ายไปนั่งเก้าอี้ในบ้าน + ค่อย ๆ นั่งลุกขึ้นยืน และค่อย ๆ ลงนั่งบนเตียง (ใช้อุปกรณ์ช่วย)
ทำ 10 รอบ นับตั้ง ๑ + กางแขนทรงตัว เตะขาขวาสลับซ้ายไปหน้า ทำ 5 ครั้ง
นับตั้ง ๑ + เดินช้า ๆ ด้วยอุปกรณ์ช่วยรอบ ๆ บ้าน ฝึก 2 รอบ



บทที่ 2 ภาวะ / ปัญหาที่พบบ่อย และแนวทางการดูแล



ภาวะและปัญหาที่พบบ่อย



ผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง มักจะมีปัญหาสุขภาพ จากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากผู้ดูแล และฝึกตนเอง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกายไว้ ไม่ให้ถดถอยเร็วเกินไป สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ ก็ยังทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น รักษาคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยไว้อย่างมีคุณภาพเท่าที่สามารถทำได้

1. ภาวะกลืนลำบาก



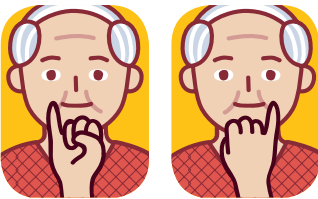
ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอาจมีปัญหาการกลืนลำบาก โดยเฉพาะ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อัลไซเมอร์ หรือพาร์กินสัน ฯลฯ เมื่อมีปัญหาการกลืนลำบาก มักจะสำลักง่าย หรือไอขณะรับประทานอาหาร อาจทำให้อาหาร ลงไปในหลอดลม มีโอกาสทำให้ปอดติดเชื้อหรือเป็นปอดบวมได้ เมื่อประเมินภาวะกลืนลำบากและความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ตามแบบประเมินแล้ว จากนั้นให้ผู้ดูแลฝึกกระตุ้นการทำงาน ของกล้ามเนื้อในท่อน้ำ 45-90 องศา ตามคำแนะนำดังนี้

วิธีการกระตุ้นการกลืน 5 ท่า



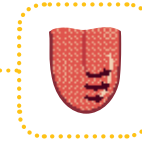
• ท่าที่ 1

ชูนิ้วโป้งของมือข้างถนัด กำนิ้วที่เหลือ กดนิ้วโป้งตรงกลางริมฝีปากบน แล้ววนเป็นวงกลม (ตามเข็มนาฬิกา) รอบริมฝีปากล่าง แล้วจบที่จุดเริ่มต้น รวม 5 รอบ แล้วใช้นิ้วชี้ของมือข้างถนัด กำมือที่เหลือแตะในทิศทางต่าง ๆ ตามภาพ เพื่อปรับความรู้สึกรอบริมฝีปาก



• ท่าที่ 2

ชูนิ้วก้อยมือข้างที่ถนัด กำนิ้ว หายมือเพื่อเชื่อมุมปากขวา ในทิศทางขึ้นเร็ว ๆ 5 ครั้ง และคว่ำมือเพื่อเชื่อมุมปากซ้ายในทิศทางขึ้นเร็ว ๆ 5 ครั้ง



• ก้าวที่ 3

- กรณีที่ผู้สูงอายุไม่กัดฟันแน่นเมื่อสัมผัสแก้มหรือริมฝีปาก ให้ผู้ดูแลช่วยเปิดปากผู้สูงอายุ โดยเข้าด้านหน้า ใช้นิ้วชี้แตะข้อต่อ ไกล่โหนกแก้มเพื่อขยับขากรรไกร กับใช้นิ้วโป้งแตะเหนือคาง เพื่อขยับริมฝีปากล่าง (จะใช้นิ้วกลางช่วยขยับกับนิ้วโป้งก็ได้ แต่ห้ามใช้แรงมากเกินไป)
- ใช้มืออีกข้างจับแปรงสีฟันขนนุ่ม กระตุ้นบริเวณลิ้นตามภาพ คือ ลูบซ้ำ ๆ ด้านข้าง (ข้างถนัดหรือข้างอ่อนแรง) จากกลางลิ้น มาปลายลิ้น แล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง แล้วขยับจากกลางลิ้น ตวัดขึ้นเร็ว ๆ ไปด้านข้าง แล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง ต่อด้วยขยับจากค่อนไปทางปลายลิ้น ตวัดขึ้นช้า ๆ ไปด้านข้าง แล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง



• ท่าที่ 4

- ผู้ดูแลหันหน้าเข้าด้านข้างของผู้สูงอายุ (ข้างถนัดในกรณีทั่วไป ข้างอ่อนแรงหรือข้างที่เพิกเฉย กรณีผู้สูงอายุมีโรคหลอดเลือดสมอง)
- ใช้สามนิ้วแตะทำงานพร้อม ๆ กัน ได้แก่ นิ้วกลางแตะใต้คาง เพื่อกระตุ้นน้ำลาย นิ้วโป้งแตะข้อต่อใกล้โหนกแก้มเพื่อขยับขากรรไกร และนิ้วชี้แตะเหนือคางเพื่อขยับริมฝีปากล่าง (ถ้าไม่ถนัดจะเข้าด้านหน้าก็ได้ แต่ปรับตำแหน่งระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้)
- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุอ้าปากปิดปาก ใช้มืออีกข้างช่วยจับก้มคอลง 30° (ให้หันคอไปข้างที่อ่อนแรง กรณีมีโรคหลอดเลือดสมอง)
- กลืนน้ำลายค้างไว้ นับ 1-2-3 นับเป็น 1 รอบ ทำ 5 รอบ ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้ ให้ทำท่าที่ 5 ถ้ามีสาลักน้ำลายให้หยุดทำท่าที่ 4 แล้วส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดต่อไป



• ท่าที่ 5

- ขณะผู้สูงอายุก้มคอกลืนน้ำลายจากท่าที่ 4 ให้ผู้ดูแลใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางของมือข้างถนัด ลูบขึ้นเร็ว ๆ ตั้งแต่รอยปุ่มระหว่างคอ (ระหว่างรอยต่อไหปลาร้าสองข้าง) จนถึงใต้คาง ทำ 3 รอบ
- ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้ ให้ใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางกดบริเวณใต้คางลงมาเรื่อย ๆ ช้า ๆ จนถึงบริเวณเหนือรอยปุ่มระหว่างคอ ทำ 3 รอบ
- ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้และสำลักน้ำลาย ให้หยุดทำท่าที่ 5 แล้วส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดต่อไป

∴ ถ้าไม่ดีขึ้นหลังฝึกทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ ให้ปรึกษานักกิจกรรมบำบัด โดยด่วน ศึกษากระบวนการตรวจประเมินและบำบัดฟื้นฟูอย่างละเอียด ที่ <https://www.gotoknow.org/posts/382518> ซึ่งต้องได้รับการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดจากนักกิจกรรมบำบัด

2. ภาวะการติดเชื้



การติดเชื้ที่ปอด การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้จากแผลกดทับ อาการอาจไม่ชัดเจนเหมือนผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้สูงอายุอาจมีแค่อาการไข้และการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง



2.1. การติดเชื้ที่ปอด

มักเกิดจากการสำลักอาหาร¹ มีอาการไข้ ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับอาการฟ่งปอดได้ยินเสียงผิดปกติชนิด crepitation ควรพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา อาจต้องเอ๊กซเรย์ปอด หากเป็นจากแบคทีเรียต้องได้รับยาฆ่าเชื้อ ถ้ามีอาการมากต้องนอนโรงพยาบาล เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และช่วยเรื่องการหายใจ เช่น ให้ออกซิเจน การใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2. การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ

ผู้มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีสายสวนปัสสาวะ ทางเดินปัสสาวะผิดปกติ มีโรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโต และช่วยเหลือตนเองได้น้อย

อาการ : ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่ออก ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่นหรือมีเลือด หากกรวยไตอักเสบจะมีไข้หนาวสั่น ปวดสีข้างร่วมด้วย

การดูแลผู้ที่มีการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ

- ส่งตรวจปัสสาวะและส่งพบแพทย์เพื่อรับยาฆ่าเชื้อ
- แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากขึ้นและอย่ากลั้นปัสสาวะ
- หากมีสายสวนปัสสาวะ ควรดูแลเรื่องสายและถุงปัสสาวะ



1 ศึกษาการดูแลผู้ที่มีภาวะกลั้นลำบากและป้องกันการสำลัก หน้า 11-12

2.3. การติดเชื้อจากแผลกดทับ

แผลกดทับมักเกิดกับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ นอนติดเตียงเป็นเวลานาน ๆ มักพบบริเวณปุ่มกระดูก ขึ้นอยู่กับท่าทางการนอนของผู้ป่วย เช่น สะโพก ต้นขา ส้นเท้า และตาตุ่ม

ความรุนแรงของแผล

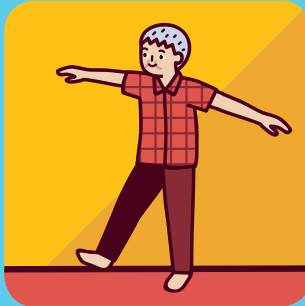
- ระยะ 1 : ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด มีรอยแดงบริเวณที่กดทับ รอยแดงไม่จางหายไป เมื่อเอานิ้วกดบริเวณนั้น
 - ระยะ 2 : ผิวหนังหลุดลอกบางส่วน เห็นเป็นแผลตื้น ก้นแผลแดง อาจเป็นลักษณะตุ่มแผลพุพองก็ได้
 - ระยะ 3 : สูญเสียผิวหนังไปทั้งหมด จนถึงชั้นไขมัน แต่ยังไม่เห็นชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก
 - ระยะ 4 : สูญเสียผิวหนังไปทั้งหมด จนถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็นและกระดูก
- นอกจากนี้ยังมีรอยแผลที่มีเนื้อตายปกคลุม หรือแผลสีม่วงคล้ำที่ต้องสังเกตเพิ่มเติม เพื่อดูความรุนแรงของแผล

การป้องกัน

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และจัดทำผู้ป่วย
- ป้องกันการเสียดสี เช่น ใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีลาก
- ดูแลผิวหนัง ทำความสะอาดไม่ให้เปียกชื้น โดยเฉพาะหลังปัสสาวะและอุจจาระ
- ทาครีมหรือวาสลีน เพื่อลดการแห้งแตกของผิวหนัง
- ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างพอเพียง
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเท่าที่ทำได้

การดูแล

- หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่มีแผล
- ประเมินเรื่องความปวดและให้ยาบรรเทาอาการอย่างเหมาะสม เลือกวิธีทำแผลที่ไม่ปวดมาก
- ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลแผล ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับครอบครัว
- แผลที่มีความรุนแรงมาก มีการติดเชื้อ บวมแดง มีหนองหรือเนื่อตาย ควรส่งพบแพทย์เพื่อประเมินและรักษา ส่วนแผลระยะที่ 4 และแผลที่ลึกมาก ควรได้รับการดูแลจากศัลยแพทย์



3. ภาวะเคลื่อนไหวลำบาก¹



ผู้สูงอายุมีปัญหาเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากหลายสาเหตุ

- มีอาการปวด เช่น ปวดหลัง เอว สะโพก เข่า หรือขา
- กล้ามเนื้ออ่อนแอหรืออ่อนแอ
- ร่างกายอ่อนแอ
- มีความผิดปกติในระบบประสาท
- การทรงตัวไม่ดี
- เจ็บป่วยด้วยโรค เช่น สมองเสียม พาร์กินสัน รูมาตอยด์ และข้อเข่าเสื่อม
- ปัญหาทางจิต หรือได้รับการรักษาอาการทางจิตบางประเภท



1 อ่านการดูแลขั้นพื้นฐาน เรื่องการเคลื่อนไหวลำบากได้ที่หน้า 17 และการทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่หน้า 44 - 59

4. ท້องผูก



ถ่าย < 3
ครั้ง/สัปดาห์



อุจจาระแข็ง

สาเหตุ

สาเหตุทางกาย

สาเหตุทางใจ

สาเหตุทางสภาพแวดล้อม



สุขภาพกาย

แรงน้อย

แรงบีบตัวของลำไส้น้อย เนื่องจาก



- **ติดเตียง** ให้ศีรษะยกสูง ลงมานั่งรถเข็นบ้าง นวดท้อง วันละ 2 ครั้ง เช้ามีดและก่อนอาหารเย็น นวดกลางท้อง จากลิ้นปี่ ไล่ไปตามชายโครงลงมาตามลำตัว จะดีมาก ถ้าตีมน้ำ 1-2 แก้ว ก่อนนวด 15-20 นาที



- **นั่ง ๆ นอน ๆ**
ดูแลโดยเพิ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย



- **ใช้ยาระบายบ่อย**
- **ใช้ยาลดการเคลื่อนไหวของลำไส้** เช่น มอร์ฟิน ยาบรรเทาอาการไอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ต้องให้ยาระบายกลุ่มที่กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้



- **ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านการทำงานของสารสื่อประสาท** หรือ ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs)

สาเหตุทางกาย



เนื้องออย

หากมีอาการไม่เพียงพอให้ลำไส้สามารถดันของเสียออกมา
วิธีแก้คือ

รับประทานกากใยหรือไฟเบอร์ (Fiber)

ผัก : มะระจีน ข้าวโพดอ่อน ถั่วลันเตา คื่นฉ่ำ ผักกาด กวางตุ้ง และตำลึง
ผลไม้ : แอปเปิ้ล เมล็ดแมงลัก และแก้วมังกร รับประทานผลไม้ช่วยระบาย
เช่น มะขาม (ช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวตัว) กล้วยสุก มะละกอ ลูกพรุน
(ระวังระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูง หากให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุรับประทานมาก)



น้ำน้อย

ดื่มน้ำมาก ๆ หรืออาจให้รับประทานผลไม้ที่มีน้ำมาก เช่น แคนตาลูป
แตงโม แตงกวา ลิ้นจี่ แต่ต้องระมัดระวังเรื่องความหวานด้วย

สาเหตุทางใจ

เกิดจากการไม่สร้างนิสัยที่ดี



- กลั้นถ่ายไว้
- ไม่เคยกำหนดเวลาขับถ่าย เมื่อปวดจึงไปเข้าห้องน้ำ

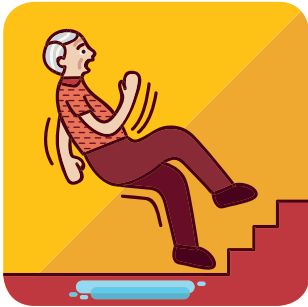
สาเหตุทางสภาพแวดล้อม

สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม (ทำให้หมดอารมณ์)



- ส้วมนั่งไม่สบาย มีกลิ่นเหม็นสกปรก
- มีแมลงหรือสิ่งรบกวน เช่น มียุงชุกชุม หรือต้องรีบเร่ง เพราะมีจำนวนห้องน้ำที่ห้องส้วมไม่เพียงพอ
- มีกิจวัตรยุ่งวุ่นวาย
- ห้องส้วมไม่มีความเป็นส่วนตัว

5. กล้าม



การหกล้มในผู้สูงอายุ มีโอกาสกระดูกหักสูง บางรายอาจเดินไม่ได้หรือพิการ สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูญเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก

สาเหตุการหกล้ม



• ปัจจัยภายใน :

การทรงตัวไม่ดี แขนขาอ่อนแรง เจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาทางสายตา
ความคิดความจำ สมองสั่งการช้า

• ปัจจัยภายนอก :

สิ่งแวดล้อม เช่น แสงไม่เพียงพอ พรหมที่ทำให้ลื่น

การดูแลและป้องกัน

- รักษาอาการเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิม
- แก้ไขปัญหาสายตา
- ปรับยา ในกรณีที่ยามีฤทธิ์เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม (ยานอนหลับ ยาทางจิตเวช ยาแก้ชัก ยาลดความดันโลหิต)
- ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ไม่วางพรมผ้าบนพื้น ใช้โถปัสสาวะแทนการเข้าห้องน้ำ ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง
- ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง



โครงเหล็กหัดเดิน (Walker)

เวลาใช้ต้องยกและวางโครงเหล็กพร้อมกัน 4 ด้าน ผู้ป่วยต้องไม่ยื่นใกล้กับขาหน้าของ walker เพราะจะทำให้เสียหลักล้มได้



ไม้เท้า

ให้ผู้ป่วยถือไม้เท้าในด้านตรงข้ามกับขาที่มีปัญหา

วิธีคำนวณความสูงไม้เท้าที่เหมาะสม

ความสูงผู้ป่วย (ซม.) / 2 + 5 ซม. = ขนาดไม้เท้าที่เหมาะสม
เช่น ผู้ป่วยสูง 150 ซม. = (150 / 2) + 5 = ควรใช้ไม้เท้าสูง 80 ซม.



6. นอนไม่หลับ



วัยสูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายรวมทั้งสมอง นอนไม่หลับ เป็นอาการหนึ่งที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ไม่ปกติ การนอนไม่หลับ อาจเป็นอาการเตือนของโรคอื่น ๆ ทางสมองได้

สาเหตุ

- 1 ความเสื่อมถอยตามวัยของสมอง ทำให้นอนสั้นลง หลับตื้นมากกว่าหลับลึก ตื่นกลางดึกบ่อย
- 2 การใช้ยาบางประเภท ใช้ยานอนหลับเป็นเวลานาน ใช้ยารักษาพาร์กินสันบางชนิด ยาที่ผสมแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน
- 3 อาการเจ็บปวด เช่น ปวดหลัง ปวดข้อ หรือแน่นท้อง
- 4 ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจากอาการของโรค เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง
- 5 ผู้ที่ใช้ยาขับปัสสาวะรักษาโรค ชายที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต
- 6 โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า
- 7 การหยุดหายใจระหว่างหลับ

ป้องกันและแก้ไข



- เลี่ยงการนอนกลางวัน นอนไม่ควรเกินครึ่งชั่วโมง และไม่ควรรอนหลังเวลา 15.00 น.
- ไม่ควรดื่มน้ำใกล้เวลานอน
- เลี่ยงชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ไม่ทานอาหารมื้อค่ำ ใกล้เวลานอน
- ออกกำลังกายในตอนกลางวัน เพื่อให้หลับได้ดีขึ้น
- ผ่อนคลายก่อนเข้านอน เลี่ยงพูดคุยเรื่องเคร่งเครียดใกล้เวลานอน
- ทำสมาธิก่อนนอนให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย
- นอนในห้องที่สิ่งแวดล้อมเหมาะสมแก่การนอนหลับ



บทที่ 3 โรคที่พบบ่อย ในผู้ป่วยติดบ้าน / ติดเตียง





“ในบทนี้มุ่งเป้าหมายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้สูงอายุ แกนนำสุขภาพครอบครัว และผู้สนใจการดูแลระยะยาว แก่ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ผู้พิการและผู้มีภาวะโรคเรื้อรัง และสร้างสรรค์แนวทางการดูแลระยะยาวขั้นพื้นฐานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามบริบทของครอบครัวและชุมชน เนื้อหาโดยสังเขปประกอบด้วย โรคและภาวะที่พบบ่อยในการดูแลระยะยาว การใช้ยาในการดูแลระยะยาว กระบวนการสร้างแนวทางการดูแลขั้นพื้นฐาน แนวทางการดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ติดเตียง และแนวทางการดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ติดบ้าน”



1. โรคหลอดเลือดสมอง



แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

- ชนิดตีบหรืออุดตัน
- ชนิดแตก



อาการของโรคหลอดเลือดสมอง FAST

- F** = Face ใบหน้าบวมเปื่อย ซากข้างใดข้างหนึ่ง
- A** = Arms แขน ซาก อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
- S** = Speech พูดสับสน พูดไม่เป็นภาษา
- T** = Time ทันทีทันใด

อัมพาตอัมพฤกษ์



โรคอัมพาตและอัมพฤกษ์
ความจริงแล้วเป็นอาการของโรค
หลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุ
หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก
ทำให้สมองขาดเลือด



ปัญหาของผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่ง
หน้าเบี้ยวและอาจมีปัญหาการกลืนด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่
อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน 2 เดือนแรก และดีขึ้นได้เรื่อย ๆ
จนถึง 2 ปี การให้การดูแลและการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสม
อาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาเดินได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

การดูแล

- ติดตามอาการสม่ำเสมอ และป้องกันการเป็นซ้ำ
งดบุงหรี, ออกกำลังกาย, ลดเค็ม, ลดแอลกอฮอล์
- ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาเบาหวาน ความดันโลหิต
ไขมันในเลือดสูง หากมีโรคดังกล่าว และยาแอสไพริน
หรือวาฟาริน ในกรณีหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน
- กระตุ้นการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ
- การจัดทำทางในการนอน¹
- ทานให้ครบ 5 หมู่และได้ปริมาณตามที่ร่างกายต้องการ
- ป้องกันและดูแลภาวะแทรกซ้อน เช่น
 - ปอดติดเชื้อ (อ่านต่อหน้า 25)
 - ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (อ่านต่อหน้า 25)
 - ปัสสาวะไม่ออก - ท้องผูก (อ่านต่อหน้า 30)
 - อาการปวด - ข้อติด (อ่านต่อหน้า 64)
 - แผลกดทับ (อ่านต่อหน้า 26)
 - หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน
 - หกล้ม (อ่านต่อหน้า 34)
 - สมองเสื่อม (อ่านต่อหน้า 70)
 - ภาวะซึมเศร้า (อ่านต่อหน้า 66)



1

ศึกษาการจัดทำทางในการนอนที่หน้า 44-47

การฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัดเบื้องต้น

วัตถุประสงค์เพื่อ

- ป้องกันภาวะแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาต
- ป้องกันการหดสั้นของเอ็นกล้ามเนื้อและข้อยึดติด
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจร่างกายซีกอัมพาต
- ป้องกันการเจ็บปวดที่ข้อไหล่และข้อมือ
- ป้องกันผู้ป่วยในการใช้ร่างกาย ด้านแข็งแรงมากเกินไป
- กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อด้านอ่อนแรง
- เตรียมความพร้อมการฝึกโปรแกรมกายภาพบำบัดต่อเนื่อง เช่น ลุกขึ้นนั่ง ยืน เดิน และให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด



การจัดทำ

การจัดท่า



การจัดท่านอนหงาย

- ศีรษะตรง หนุนหมอนที่ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป
- จัดตัวให้ตรง กางแขนข้างอ่อนแรงออกเล็กน้อย ดึงสะบักมาทางด้านหน้า แล้วใช้ผ้าหรือหมอนบางรองใต้สะบัก
- ใช้หมอนรองแขนข้างอ่อนแรง ให้แขนเหยียดและกางออกเล็กน้อย หงายฝ่ามือขึ้น
- ข้อสะโพก ใช้ผ้าหรือหมอนบาง ๆ หนุนหรือวางใต้สะโพกด้านอัมพาต เพื่อกันไม่ให้เชิงกรานแบะออกไปด้านหลัง
- รองหมอนใต้เข่า ให้เข่างอเล็กน้อย



การจัดท่านอนตะแคงกับข้างที่ปกติ

- รองหมอนที่ศีรษะ ไม่เตี้ยหรือสูงมากเกินไป
- รองหมอนใต้แขนด้านที่อ่อนแรง โดยดึงสะบักผู้ป่วยไปด้านหน้า พร้อมกับกางแขนผู้ป่วยออก 90 องศา โดยหมอนรองตลอดแขนจนถึงฝ่ามือ จัดทำให้ศอกเหยียด
- รองหมอนใต้ขาข้างอ่อนแรงจนถึงฝ่าเท้า งอสะโพกและเข้าข้างอ่อนแรงเล็กน้อย ไหว้ไปทางด้านหน้า

การจัดท่านอนตะแคงกับข้างที่อ่อนแรง

- ดึงสะบักข้างอ่อนแรงมาทางด้านหน้า พร้อมกางแขนผู้ป่วยออกมาเล็กน้อย หงายฝ่ามือขึ้น
- รองหมอนใต้ขาข้างปกติถึงฝ่าเท้า งอสะโพกและเข้าไหล่ไปข้างหน้า
- ข้างอ่อนแรงงอเข้าเล็กน้อย เหยียดสะโพกไปข้างหลัง



การจัดท่าในเก้าอี้หรือนั่งห้อยขาข้างเดียว

- ศีรษะตรง ไหล่อยู่ระดับเดียวกัน ไม่ปล่อยด้านอัมพาตบิดไปด้านหลัง
- ลำตัวตรง ลงน้ำหนักบนก้นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง วางแขนข้างอ่อนแรงบนหมอนข้างลำตัว หนุนให้สูงจนไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ (ถ้าผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ ให้วางแขนไว้บนที่พักแขนถ้าที่พักแขนต่ำไปให้ใช้หมอนรองอีกชั้นหนึ่ง)
- ขาทั้งสองข้างตั้งตรง
- จัดเท้าให้วางบนพื้นเต็มทั้งสองฝ่าเท้า ถ้าเก้าอี้สูงเกินไปจนเท้าลอยให้หาตั้งเตี้ยๆ มารอง จนสามารถวางฝ่าเท้าได้เต็มที่ทั้ง 2 ข้าง



การออกกำลังกาย แบบผู้อื่นทำให้

ข้อควรปฏิบัติ

- การเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย ควรทำช้า ๆ และนุ่มนวล
- ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดช่วงการเคลื่อนไหวปกติ
- ทำท่าละ 15 - 20 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 2 รอบ
- ขณะทำการเคลื่อนไหว ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ควรหยุดทำแล้วปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด
- ห้ามทำในกรณีที่สงสัยว่าข้อเคลื่อนหรือกระดูกหัก

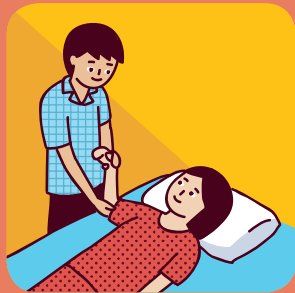
การยกแขนขึ้น-ลง



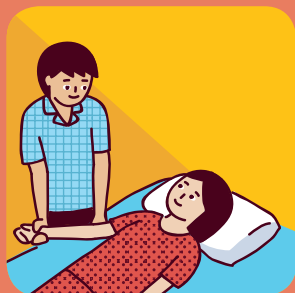
การกางแขนออก-หุบแขนเข้า



การหมุนข้อไหล่เข้า-ออก



การงอเหยียดข้อศอก



การจ่อ - เขี่ยดข้อมือ



การเขี่ยดงอนิ้วมือ



การงอ - เขยียดข้อสะโพกและข้อเข่า



การหมุนข้อสะโพกเข้าออก



การทางหุบข้อสะโพก



การกดข้อเท้าขึ้น - ลง

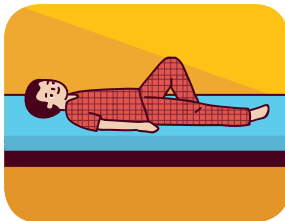
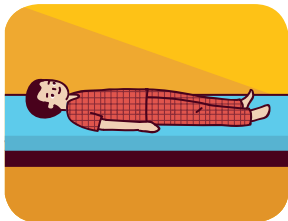




การฝึกย้ายตนเอง อย่างปลอดภัย



ฝึกการลุกนั่งจากเตียง



ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ติดเตียงให้ใช้แรงที่มีอยู่ (ถ้าไม่ไหว อีกข้างมีคนช่วยประคองคอกับสะโพก) งอข้อต่อเพื่อลดแรง พลิกตัว ยันตัวประคองไหล่ - ศอก และฝึกทรงทำนองอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นใช้หมอนพียง ปรับเตียงหรืออุปกรณ์ช่วยจับนั่งอื่น ๆ

ฝึกการลุกยืน



ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ติดบ้านให้ใช้แรงที่มีอยู่ฝึกลุกนั่ง ยืนแยกเท้าสองข้างให้ทรงตัวได้นานอย่างน้อย 3 นาที มีเก้าอี้มั่นคงพร้อมยื่นมือได้ ระวังช่วยข้างที่อ่อนแรง และข้อสะบัก ข้อไหล่ และสะเอว (ใช้เข็มขัดช่วยพยุงและอุปกรณ์ช่วยเดิน ถ้าต้องฝึกเดินต่อจากทำยืน)

ฝึกการย้ายตัวจากเตียงไปล้อเข็น



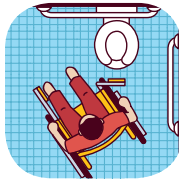
ผู้ดูแลกระตุ้นจับผู้ติดเตียงนั่ง ประคองตัว ขาห้อยข้างเตียง ลงน้ำหนักแยกเท้าทรงตัว ผู้ดูแลโอบสะเอว งอเข้าผู้ดูแลชิดเข้าผู้ติดเตียงเท้าประกบให้มั่นคง ทั้งคู่ตั้งตัวตรง ทรงตัวมั่นคง ผู้ติดเตียงโน้มชิดตัวจับที่วางแขนบนล้อเข็น ผู้ดูแลหมุนข้อเท้า 2 จังหวะ คือ จังหวะเหวี่ยงแขนที่โอบเอวกับจังหวะงอเข่าลดตัวผู้ติดเตียงลงล้อเข็น (ถ้าไม่ไหว มีผู้ช่วยประคองด้านหลังของผู้ติดเตียง หรือช่วยยกโดยสอดแขนใต้รักแร้ผู้ติดเตียง)

ฝึกการใช้ล้อเข็นเข้าโกส้วม



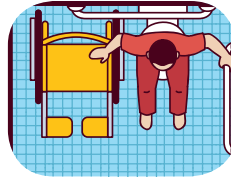
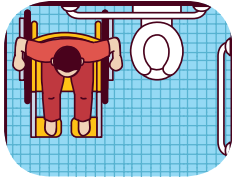
วิธีที่

1



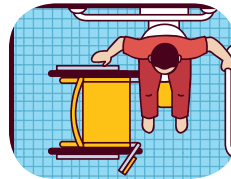
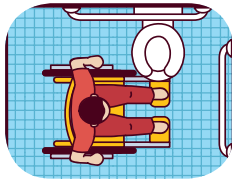
วิธีที่

2



วิธีที่

3



ผู้ดูแลกระตุ้นผู้ติดบ้านให้ใช้แรงที่มีอยู่ นำล้อเข็นเข้าใกล้โถส้วมให้ใกล้ที่สุด (มุมเฉียงขนานข้างหรือตั้งฉากข้าง) จัดขาข้างที่มีแรงยัน ขยับตัว โน้มเอียงตัว ประคองตัว มีอุปกรณ์ช่วยจับนั่งได้

ฝึกการลุกนั่งอาบนํ้า



ผู้ดูแลกระตุ้นให้ใช้แรงที่มีอยู่ ฝึกลุกนั่ง ไปยืนแยกเท้าสองข้างให้ทรงตัวได้นานอย่างน้อย 5 นาที (ใช้อุปกรณ์ช่วย) มองทุกครั้งเวลาจะนั่ง มีเก้าอี้มั่นคง พร้อมหันพนักพิงให้จับ ประคองช่วยบ้าง และใช้มือช่วยยก/จัดขา พร้อมอาบน้ำฟักบัวหรือตักอาบข้างตัว

2. โรควาร์กินสัน¹



แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

1. โรควาร์กินสัน

(Parkinson's Disease : PD)

เกิดจากเซลล์สมองส่วนที่ควบคุม
การเคลื่อนไหวเสื่อมสลาย



2. กลุ่มอาการพาร์กินสัน

(Parkinsonism)

เกิดจากสาเหตุ

- สมองถดถอยลงเมื่อสูงอายุ
- ทานยากล่อมประสาท ยานอนหลับ
หรือยาลดความดันโลหิตบางชนิด
- หลอดเลือดสมองอุดตัน สมองขาดออกซิเจน
- ได้รับสารพิษที่ทำลายสมอง
- ศีรษะถูกกระทบกระเทือน การอักเสบของสมอง
- โรคทางพันธุกรรม เช่น โรควิลสัน
- ได้รับยากล่อมต้านแคลเซียมบางประเภท



1 (*โรคนี้อักพบในผู้ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป และพบมากในช่วงวัย 70-79 ปี)

อาการ

- เคลื่อนไหวช้าและเคลื่อนไหวน้อยลง
- สิ้นขณะอยู่เฉย มักเกิดที่มือมากกว่าขา
- แข็งเกร็ง มักเกิดข้างเดียวกับที่มีอาการสั่นและเคลื่อนไหวช้า (ในกลุ่มอาการพาร์กินสันอาจมีอาการทั้งสองด้าน)
- ปัญหาเรื่องของการทรงตัวซึ่งอาการอาจจะไม่เด่นชัด ในช่วง 2-3 ปีแรก ผู้ป่วยพาร์กินสันควรได้รับการดูแลจากแพทย์เพื่อให้อาการหรือการผ่าตัด

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสัน

- ท้องผูก
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- อาการปวด อาการเหนื่อยหมดแรง เพลีย
- นอนไม่หลับ
- เสื่อมสมรรถนะทางเพศ
- ปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
- เหงื่อออกมากกว่าปกติ
- น้ำลายไหลยืด
- ความคิดความจำถดถอย

การดูแล¹

ปัญหาเท้าเท้าไม่ออก

- ฝึกย้ำเท้ากับที่ในท่านั่ง ทำเย็นหลังพิงฝา หรือเกาะราวจับ
- ยกเท้าให้สูงและควรปฏิบัติบ่อย ๆ
- ไม่ควรใช้รองเท้าแตะ ควรใช้รองเท้าหุ้มส้น
รองเท้าผ้าใบหุ้มส้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้น
- ฝึกยกเท้าและก้าว เหมือนกำลังก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง
ทุกครั้ง que ผู้ป่วยก้าวไม่ออก ให้กระดิกนิ้วหัวแม่เท้าขึ้น
และยกเท้าขึ้นเสมือนจะก้าวข้ามเส้นข้าง หน้า
- ควรหัดเดินในที่แคบ เพื่อไม่ติดขัดเวลาเดินในสถานที่แคบจริง



1 การออกกำลังกายเพื่อช่วยการทรงตัว : <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=34&chap=8&page=t34-8-infodetail06.html> (ข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย <http://www.chulapd.org>)

❖ ปัญหาออกเสียงพูด

กรณีผู้ป่วยพาร์กินสัน ที่มีปัญหาการพูดเสียงเบาลงหรือพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง มีวิธีการฝึกแก้ไขดังนี้

- พยายามเปล่งเสียงจากลำคอให้มากที่สุด เหมือนจะตะโกน ควรฝึกเป็นคำ เช่น มา-มา-มา-มา / ลา-ลา-ลา-ลา / คา-คา-คา-คา ควรฝึกปฏิบัติวันละหลาย ๆ หน
- หากพูดไม่รู้เรื่อง พยายามเปล่งเสียงพูดทีละคำ แทนการพูดเป็นประโยค เช่น ชอบ-คุณ-ครับ แทน ชอบคุณครับ
- เวลาอ่านให้พยายามอ่านออกเสียงดัง หรือเปล่งเสียงร้องเพลง การปฏิบัติเช่นนี้บ่อย ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยพูดได้ชัดเจนขึ้น

❖ ปัญหาการหายใจ

- ควรหาที่โล่ง อากาศบริสุทธิ์ เช่น ตอนเช้าหรือกลางแจ้ง พยายามสูดหายใจเข้าปอดอย่างเต็มที่ จนรู้สึกว้าซีโครงบาน เพราะมีอากาศเต็มปอด
- หายใจออกโดยปล่อยลมทางปากช้า ๆ เป่าจนรู้สึกว้า ลมหมดปอด ปฏิบัติซ้ำ ๆ ประมาณวันละ 3-5 ครั้ง การหายใจเข้าจนเต็มปอด หรือจะหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องให้พุงป่องเข้า - ออกอย่างเต็มที่ก็ได้

3. โรคข้อเข่าเสื่อม



โรคข้อเข่าเสื่อม อาจเกิดจาก
ผิวกระดูกอ่อนเสื่อมสภาพตามวัย
พบในหญิงมากกว่าชาย 2-3 เท่า
คนที่อายุ 60 ปี เป็นข้อเข่าเสื่อม
ถึง 40% ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด
ข้อเข่าเสื่อม เช่น น้ำหนักตัวเกิน
อิริยาบถที่สร้างแรงกดต่อข้อเข่า
เช่น นั่งพับเพียบ ชัดสมาธิ คุกเข่า เดินขึ้นลงบันไดบ่อย ยืนหรือนั่งนาน
และสาเหตุจากกรรมพันธุ์



อาการ

อาการที่สำคัญ ได้แก่ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ
การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง หากเป็นนาน
อาจมีข้อผิดรูปและเกิดความพิการ

การดูแล

- ออกกำลังกาย เพื่อลดแรงกระทำที่ข้อ
- ลดน้ำหนัก อย่างน้อย 5% ของน้ำหนักตัวขณะที่ปวดเข่า
- การบริหารที่แรงกระแทกต่ำ เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ
- บริหาร งอ เขยียดข้อเข่า และ Quadriceps exercise
- การใช้ยา paracetamol , NSAIDs ชนิดกินหรือทา ให้ใช้ขนาดต่ำที่สุดที่ได้ผล และต้องระวังภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร
- อาจใช้การฝังเข็มร่วมรักษา
- หากอาการปวดไม่ดีขึ้น ส่งต่อให้พบแพทย์

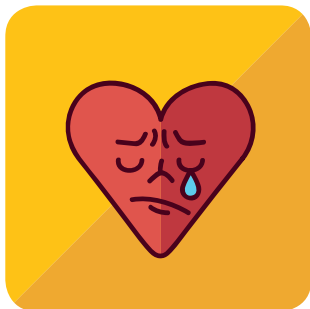
วิธียาบกกที่เหมาะสม

- นั่ง : ควรนั่งเก้าอี้ที่มีเท้าแขน แทนนั่งบนพื้นหรืออเข่ามาก และไม่นั่งนานเกินไป ใช้ชักโครกแทนส้วมซึมที่ต้องนั่งยอง ๆ
- ยืน : ควรทิ้งน้ำหนักลงที่ขาสองข้างเท่า ๆ กัน ไม่ยืนนานเกินไป
- เดิน : เดินพื้นราบใส่รองเท้าส้นเตี้ย หากทรงตัวไม่ดี ใช้ไม้เท้าช่วย¹
- นอน : เพียงควรสูงระดับเข่า ไม่ควรนอนบนพื้น



1 ศึกษาวิธีการใช้ไม้เท้า และวิธีคำนวณความสูงไม้เท้าที่เหมาะสมที่หน้า 35

4. ภาวะซึมเศร้า



ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจต่อความสูญเสีย ความผิดหวัง หรือถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง บุคลากรสาธารณสุขจึงควรสังเกตว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยสังเกตจากอาการต่อไปนี้

สังเกตอาการด้านต่าง ๆ



• ด้านอารมณ์

วิตกกังวลสูง เศร้า หดหู่ ร้องไห้บ่อย ไม่สดชื่น



• ด้านความคิด

คิดว่าตัวเองเจ็บป่วย คิดซ้ำ ลังเล ท้อแท้ คิดว่าตัวเองไร้ค่า มองด้านลบ รู้สึกผิด โทษตนเอง อยากฆ่าตัวตาย



• ด้านความจำ

แย่งลง หลงลืมง่าย เหม่อลอย ทำงานผิด ๆ ถูก ๆ



• ด้านร่างกาย

อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก หลับยาก หรือนอนมากเกินไป กินมากผิดปกติ



• ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

เก็บตัว ไม่ค่อยพูดจา

อาการซึมเศร้า

อาการที่รุนแรงกว่าปฏิกิริยาปกติเมื่อพบกับการสูญเสีย

- รู้สึกผิดในเรื่องอื่น ๆ นอกเหนือจากที่เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าตนควรทำ หรือไม่ควรทำในช่วงที่ผู้ตายเสียชีวิต
- คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อยากตายแทนหรือตายไปพร้อมกับผู้เสียชีวิต
- คิดหมกมุ่นว่าตนไร้ค่า ไม่มีความหมาย
- เคลื่อนไหวและความคิดช้า อย่างชัดเจน
- มีการบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งทางสังคม และการงานอย่างมากเป็นเวลานาน
- มีอาการประสาทหลอน คิดว่าได้ยินเสียงหรือเห็นภาพของผู้ตายเป็นช่วงขณะสั้น ๆ ซึ่งอาจพบได้ในปฏิกิริยาปกติ
- ถ้ามีอาการโศกเศร้า หรือปฏิกิริยาไม่ปกติต่อการสูญเสีย นานเกิน 2 เดือน ควรพบแพทย์เพื่อให้การรักษา



การช่วยเหลือเบื้องต้น



1. ไม่ควรให้อยู่คนเดียว อยู่เป็นเพื่อนขณะที่ผู้สูงอายุ
ยังเศร้าโศกหรือยังยอมรับการสูญเสียไม่ได้



2. แสดงความเห็นใจ เข้าใจ รับฟัง และให้ผู้สูงอายุ
ได้ระบายความรู้สึกต่อการสูญเสีย ปลอดภัย เช่น
จับมือให้กำลังใจ หรือนั่งเป็นเพื่อน



3. ใช้คำถามปลายเปิด กระตุ้นให้พูดคุยเรื่องที่ค้ำข้องใจ
และให้สำรวจความรู้สึกต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น



4. ถ้าผู้สูงอายุไม่มีญาติ ชุมชนควรเข้ามาช่วย
ประคับประคองจิตใจ

5. ภาวะสมองเสื่อม



การเสื่อมของการทำงานของสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ ความคิด พฤติกรรม จนมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน



สาเหตุ¹

- พบบ่อยที่สุดคือจากโรคอัลไซเมอร์
- ความเสื่อมของสมองประเภทอื่น ๆ เช่น ปัญหาเรื่องหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน สมองเสื่อมที่มี lewy body
- สาเหตุอื่น เช่น จากยาไทรอยด์ต่ำ, ขาดวิตามินบี 12, ซึมเศร้า, ช่องในสมองใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง (Normal pressure hydrocephalus)



1 ส่งพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุก่อน หากพบสาเหตุอื่นที่แก้ไขได้ รักษาตามสาเหตุ

การดูแล

- ทำกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสมอง เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดความเครียด
- ปรึกษาแพทย์เพื่อดูว่าควรหลีกเลี่ยงยาที่อาจมีผลต่อความคิด ความจำ เช่น benzotropine, diphenhydramine, hydroxyzine, oxybutynin, TCA, Clozapine
- ประเมินและติดตามอาการรบกวนราย หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ พยายามใช้ยาจิตเวชให้น้อย
- ปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น เก็บของกินของใช้ประจำวัน สารเคมีทุกชนิด และยาไม่ให้ผู้ป่วยหยิบเองได้ ติดไฟให้แสงสว่างไม่มีมุมมืดทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพหลอน
- ติดตามประตู่ที่ผู้ป่วยเปิดออกเองไม่ได้ ป้องกันการพลัดหลง
- สร้างสัมพันธภาพที่ดี ตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ ร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ
- ใ้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด
- พยายามเลี้ยงไม่ให้ผู้ป่วยซบถ



วิธีรับมือกับปัญหา พฤติกรรมและอารมณ์





ถามซ้ำซาก

ก่อให้เกิดความรำคาญกับผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด

วิธีรับมือ

- เบี่ยงเบนความสนใจ ชวนคุยหรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ
- ถ้าสามารถอ่านได้ ให้เขียนใส่กระดาษคำตอบให้อ่านเมื่อถาม



กล่าวหาว่าคนอื่นขโมยของและซ่อนของ

ทำให้คนดูแลใกล้ชิด โกรธและเข้าใจผิด หวาดระแวงกันเอง

วิธีรับมือ

- เก็บข้าวของสำคัญไว้ บอกให้ผู้ป่วยทราบ
- ล็อกตู้จดหมายไม่ให้ผู้ป่วยหยิบไปเองได้
- หากกล่องหรือจัดพื้นที่ในตู้ใส่ของใช้ประจำของผู้ป่วย ล็อกกุญแจและให้ขอเมื่อต้องการของนั้น
- รับฟังและช่วยหาเมื่อของหาย
- ห้ามเถียง ให้เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่นแทน



รับรู้ผิดปกติและหลงผิด

เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว ได้กลิ่น ได้รสชาติ หรือรู้สึกถึงบางอย่างที่ไม่ได้อยู่ตรงหน้าจริงๆ ทำให้คนใกล้ชิดตกใจกลัว

วิธีรับมือ

- ควบคุมสติอย่าหวั่นไหวตาม
- ห้ามเถียง หรือให้เหตุผล พยายามเบี่ยงเบนความสนใจ
- ช่วยปลอบใจ
- อย่าให้รับรู้ข่าวสารข้อมูลที่มีความรุนแรงก้าวร้าว
- ปรึกษาแพทย์หาสาเหตุ เช่น สายตาไม่ดี บ้านมีมูมมิด หรือรับประทานยาบางชนิด



หลงออกจากบ้าน

อาจหาทางกลับบ้านไม่ถูก ญาติตามหาไม่พบ

วิธีรับมือ

- ปิดประตูล็อกบ้านไว้ตลอดเวลา
- พรางประตู เช่น ทาสีให้หาถูกปิดหรือกลอนไม่พบ
- ติดกระดิ่งที่ประตู เพื่อให้คนในบ้านได้ยินเสียงเปิดประตู
- บอกเพื่อนบ้านให้ช่วยจับตา หากออกนอกบ้าน



ก้าวร้าว

อาจทำร้าย พุดจาหยาบคาย

วิธีรับมือ

- อย่าโต้เถียงหรือชี้แจงความจริง พุดด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน
- เบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมที่ชอบ
- จัดสิ่งแวดล้อมให้สบายตา เสียงเสียงดังหรือความวุ่นวาย
- จัดกิจวัตรประจำวันให้เป็นระเบียบ
- อย่าเร่งให้ทำกิจวัตร ผู้ดูแลควรวางแผนให้ใหม่ต้องเร่งผู้ป่วย
- หากก้าวร้าวมาก ควรปรึกษาแพทย์



พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

ยั่วยุขังใจหรือควบคุมตัวเองไม่ได้ หรืออาจคุกคามผู้ดูแล

วิธีรับมือ

- หาผู้ดูแลมากกว่า 1 คน
- หาสาเหตุที่แท้จริง ผู้ป่วยอาจอดเสื้อผ้าเพราะร้อน ใส่เสื้อผ้าไม่สบายตัว หรือปวดปัสสาวะ แต่สื่อสารไม่ได้
- พาไปห้องนอนให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวปลดเปลื้องความต้องการ
- ปรึกษาแพทย์เพื่อหาทางแก้ไข



บทที่ 4 การใช้ยา ในการดูแลระยะยาว



การใช้ยาในการดูแลระยะยาว



ผู้ป่วยในการดูแลระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคและภาวะที่ต้องดูแลหลายอย่าง ทำให้ผู้ป่วยมักได้รับยามากชนิด ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้ ผลข้างเคียงของยา การประเมินการใช้ยาที่แพทย์สั่งของผู้ป่วย รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อทานเองเป็นสิ่งสำคัญ

แนวทางในการให้ยาผู้สูงอายุ

- พิจารณาความจำเป็นก่อนให้ยาเสมอ ว่ามีวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือไม่ ข้อดีข้อเสีย ผู้ป่วยรับประทานยาได้เองหรือไม่
- ใช้ยาที่เราารู้จักดี
- ลดขนาดของยา อาจต้องลดขนาดยาลงในผู้สูงอายุ ระวังยาที่มีผลข้างเคียงสูง เช่น ยาเบาหวานชนิดออกฤทธิ์ยาว glibenclamide อาจทำให้มีอาการน้ำตาลต่ำได้ง่าย
- วิธีกินยาที่ง่าย กินวันละ 1-2 ครั้ง อย่าให้ยาหลายขนาดเกินไป
- อธิบายให้ชัดว่าควรใช้ยาอย่างไร ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจด้วย
- คำนึงถึงวิธีการได้รับยาของผู้ป่วย เช่น ขวดยาบางชนิดเปิดยาก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อเสื่อม หรือการฉีดยาเบาหวานในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสายตา
- ควรประเมินเกี่ยวกับการซื้อยารับประทานเองของผู้สูงอายุเสมอ ว่ามียาอื่นใดบ้าง เช่น ยาลูกกลอน ยาชุด
- ทบทวนยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดยาที่ไม่จำเป็น และประเมินซ้ำ การใช้ยาของผู้ป่วยว่าเหมาะสมหรือไม่ ไม่มียาเหลือปริมาณมากหรือไม่ (ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับประทานยา และยาที่สะสมไว้อาจหมดอายุ)

ยาที่ใช้บ่อยและผลข้างเคียง



กลุ่มยาลดความดันโลหิตและโรคหัวใจ

ยาขับปัสสาวะกลุ่ม thiazide : เกือบแรมผิดปกติ กรดยูริกสูง
 ยา enalapril : อาการไอแห้ง ๆ
 ยา beta blocker เช่น propranolol : ความดันต่ำ หัวใจเต้นช้าลง
 ยา calcium channel blocker เช่น amlodipine : ชาบวม
 ยา digoxin : เสี่ยงต่อระดับยาเป็นพิษ หัวใจเต้นผิดปกติ
 ยา aspirin : กัดกระเพาะ มีเลือดออกง่าย
 ยา warfarin : ภาวะเลือดออก เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด
 ควรระวังปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นหรือกับอาหาร

กลุ่มยาเบาหวาน

ยาฉีดอินซูลิน : ระดับน้ำตาลต่ำ
 ยา Metformin : คลื่นไส้เบื่ออาหาร
 ยา Glipizide, Glibenclamide : ระดับน้ำตาลต่ำ ใจสั่น
 เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นลมหมดสติ

กลุ่มยาลดไขมัน

กลุ่มยาลดไขมัน : คลื่นไส้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรตรวจ
 การทำงานของตับเป็นครั้งคราว ควรระวังปฏิกิริยาระหว่างยา

กลุ่มยานอนหลับและคลายกังวล

กลุ่มยานอนหลับและคลายกังวล : ง่วงนอนในวันรุ่งขึ้น วิงเวียน
เดินเซ ความจำลดลง เสี่ยงต่อการหกล้ม

กลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้า

ยากลุ่ม TCA เช่น Amitryptiline : ปากคอแห้ง ท้องผูก วิงเวียน
หน้ามืดเวลาเปลี่ยนอริยาบถจากความดันต่ำ ง่วงซึม
ยากลุ่ม SSRI เช่น Fluoxetine : แน่นท้อง คลื่นไส้ กระทบกระวายเป็น
ความต้องการทางเพศลดลง

กลุ่มยาต้านโรคจิต

กลุ่มยาต้านโรคจิต : ง่วงนอน กล้ามเนื้อบิดเกร็ง กระทบกระวายเป็น
เดินตัวแข็งแบบพาร์กินสัน การเคลื่อนไหวผิดปกติของปาก
ลิ้นและใบหน้า (ในรายที่ได้รับยาเป็นเวลานาน) ปากแห้ง
คอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก

กลุ่มยาแก้ปวด

ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ : แผลในทางเดินอาหาร พิษต่อไต
ยาคลายกล้ามเนื้อ : ง่วงนอน เสี่ยงต่อการหกล้ม

