

การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ RN,MNS.

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเริ่มต้นมาจากการเยี่ยมบ้านของพยาบาลครั้งแรกในปลายปี ค.ศ. 1800 คำว่า “home care” “home health care” และ “home care nursing” ใช้สลับกันไปมาและให้ความหมายไว้หลากหลายทำให้เกิดความสับสน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การจัดการดูแลและให้การพยาบาลกับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีปัญหาสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังในบ้านของผู้ป่วยเอง โดยผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพพร้อมกับการบูรณาการหลักการพยาบาลสุขภาพในชุมชน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม จิตสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัจจัยสุขภาพส่วนบุคคล (personal health factors) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัวเข้าไปด้วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹ ต้นกำเนิดของการดูแลแบบประคับประคองมาจากการพยาบาลผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตที่บ้านในประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1967 โดย Dame Cicely Saunders ผู้ก่อตั้ง St. Christopher's Hospice ที่มีองค์ประกอบหลักของโปรแกรมคือการช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีโอกาสรückไปพักผ่อนและดูแลต่อที่บ้าน ปัจจุบันนิยมจัดเป็นรูปแบบบริการแบบเยี่ยมบ้าน (home hospice care) อบอุ่นด้วยสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือดูแลกัน ซึ่งกำลังได้รับความนิยมสูงในขณะนี้²

ประเด็นทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Nursing issues at home)

ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะได้รับการดูแลที่บ้านจากบุคคลในครอบครัวมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว การตัดสินใจพาผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปดูแลที่บ้าน จึงขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมทั้งทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลจะต้องปรึกษาหารือและตกลงใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกัน การช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเลือกสถานที่ดูแลตนเองตามความต้องการที่บ้านได้ จำเป็นต้องบูรณาการการดูแล (Integrated approach) ที่มีสุขภาพผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ หัวข้อสำคัญที่จำเป็นต้องนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพที่ดีได้มีดังนี้³

1. การประเมินบ้าน (Assessment of the home) สิ่งแวดล้อมภายในบ้านอาจจะจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถนำผู้ป่วยเข้ามาดูแลที่บ้านได้ พยาบาลในชุมชน (community nurse) ร่วมกับนักฟิสิกส์อาชีพ (occupational therapist) และนักกายภาพบำบัด (physiotherapist) ทำหน้าที่ในการประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ (social worker) ทำหน้าที่ประเมินบ้านเพื่อให้การสนับสนุนกับครอบครัว จัดสรรชุดการดูแล (package of care) และให้คำแนะนำด้านเศรษฐกิจและการเงิน มี

ทีมการดูแลปฐมภูมิ (primary care teams) เป็นหน่วยการดูแลที่สำคัญที่สุด ในการช่วยเหลือและวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลตามที่ต้องการ

2. อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ (Appliances, equipment) โดยการจัดหาและช่วยประยุกต์หรือปรับเปลี่ยนข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านเพื่อให้สะดวกและเหมาะกับการดูแล ได้แก่ การจัดห้องนอนไว้บริเวณชั้นล่าง จัดทำประตูที่กว้างขึ้นสะดวกในการเข้าออก การทำทางลาด (ramps) การจัดหาเตียง (hospital bed) และที่นอนลมช่วยลดแรงกดทับ จัดหาอุปกรณ์ช่วยอาบน้ำและห้องน้ำเคลื่อนที่ (toilet appliances) จัดหาอุปกรณ์ช่วยกรณีไม่สามารถถนัดการขับถ่ายได้ จัดหารถเข็นนั่ง (wheel chair) และอุปกรณ์อื่นๆตามความเหมาะสม

3. ผู้ทำหน้าที่ประสานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Co-ordination of home) พยาบาลเวชปฏิบัติ (generals practitioners) และพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน (district nurse) เป็นบุคคลสำคัญที่รับผิดชอบในการให้การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และควรเป็นผู้เชี่ยวชาญลำดับแรกที่ต้องทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถ้าทีมดูแลภายในโรงพยาบาลพิจารณาเห็นสมควรว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง ต้องมีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลปฐมภูมิก่อนที่จะปรึกษาพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist) หรือทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (community specialist team) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีความสำคัญอย่างยิ่งที่สมาชิกของทีมดูแลปฐมภูมิจำเป็นต้องตระหนักถึงทักษะของทีมการดูแลประคับประคองในชุมชน (specialist community palliative care team)

4. พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist) เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดูแลแบบประคับประคอง สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาการปวดและอาการไม่สุขสบายต่างๆได้ มีความรู้เรื่องยาโดยเฉพาะยามอร์ฟินเป็นอย่างดี อธิบายแผนการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ พยาบาลกลุ่มนี้อาจจะมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบน้อยกว่าพยาบาลในชุมชน ดังนั้นจึงมีเวลาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พอๆกัน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้การสนับสนุนกับพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลชุมชนอีกด้วย สามารถให้ข้อมูลและจัดหาแหล่งทุนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ เช่น เงินช่วยเหลือเบื้องต้น เบี้ยเลี้ยง เงินจ่ายสมทบ เป็นต้น

5. การสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (Communication between professionals) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมดูแลปฐมภูมิ (Primary care team) มีความสำคัญจำเป็นจะต้องได้รับข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายในการการดูแลรักษา ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการปวดและไม่สุขสบายอื่นๆ รวมทั้งรายละเอียดความต้องการที่ออกมาเป็นคำพูด (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลชุมชนต้องลงเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลต่างๆให้ครบและสามารถสื่อสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้

6. **ชุดการดูแล (Package of care)** โดยทั่วไปนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานชุดการดูแล ที่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วยการช่วยเหลือจากทีมดูแลปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง และอาสาสมัครที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพ

7. **ความต้องการการมีส่วนร่วม (Anticipating needs)** ในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคระยะลุกลามจำเป็นจะต้องมีการส่งต่อกันระหว่างแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative medicine specialist) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family doctors) ถึงแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดการอาการไม่สบายต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในอนาคต

8. **คลินิกผู้ป่วยนอก (Out-patient clinics)** ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จะมีผู้เชี่ยวชาญเข้าไปประเมินปัญหาและสามารถให้คำแนะนำในการดูแลได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ส่วนคลินิกผู้ป่วยนอกทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการก้าวหน้าหรือการลุกลามของตัวโรคเท่านั้น

9. **คลินิกลดปวด (Pain clinic)** เป็นคลินิกผู้ป่วยนอกที่อยู่ภายใต้การนำของวิสัญญีแพทย์และพยาบาลร่วมกับจิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และรังสีรักษา มีทักษะในการจัดการความปวดที่ซับซ้อนโดยวิธีการต่างๆตามความเหมาะสม เช่น การผ่าตัดระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับความปวด (nerve-blocking) การให้ยาเสริมฤทธิ์ (adjuvant analgesics) เพื่อลดปวดร่วมกับการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ

10. **นักกายภาพบำบัดในชุมชน (Community physiotherapist)** ผู้ป่วยระยะท้ายมีการส่งปรึกษาให้กับนักกายภาพบำบัดน้อยมาก โดยความเป็นจริงควรได้รับการปรึกษาตั้งแต่นั้นๆ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเมื่ออาการของผู้ป่วยแย่ลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะการจัดการอาการหายใจลำบาก (breathlessness) เพื่อสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงวิธีการช่วยผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจ วิธีการระบายเสมหะ การจัดทำในการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมขณะมีกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยสงวนพลังงาน นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการอ่อนเพลีย (weakness) อ่อนล้า (fatigue) อาการแขนขาอ่อนแรงจากการลุกลามของโรคไปกระดูกไขสันหลัง (cord compression) รวมถึงอาการแขนหรือขาบวมที่เกิดจากระบบไหลเวียนน้ำเหลืองมีปัญหา (Lymphedema)

11. **การรักษาทางเลือก (Complementary therapies)** เป็นการจัดหาทางเลือกการรักษาอื่นๆเท่าที่มีในปัจจุบันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเป็นวิธีการที่ไม่เป็นอันตรายหรือไม่มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น การฝังเข็ม (acupuncture) การสะกดจิต (hypnotherapy) การใช้กลิ่นบำบัด (aromatherapy)

12. **จัดหาสถานบริการให้กับผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลในช่วงกลางวัน (Hospice day care)** ได้มีกิจกรรมต่างๆร่วมกันไม่โดดเดี่ยว เช่น กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การทำอาหารเพื่อสุขภาพ และอื่นๆตามความเหมาะสม

13. **ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Caregivers)** ผู้ดูแลมี 2 ลักษณะคือ

13.1 **ผู้ดูแลในระบบ (formal caregivers)** หมายถึง ทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมซึ่งมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

13.2 **ผู้ดูแลนอกระบบ (informal caregivers)** หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ไม่ได้รับการอบรม ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายชัดเจนแต่มีความสำคัญเพราะเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วย

ตลอดเวลา จากการศึกษาก่อน National Association for Home Care (2005) พบว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องใช้เวลาในการดูแลประมาณ 4 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันใน 1 สัปดาห์ กิจกรรมการดูแลได้แก่ การอาบน้ำ การดูแลแผลและท่อระบายต่างๆ การให้ยาและให้อาหาร รวมไปถึงทักษะอื่นๆที่ต้องปฏิบัติจนชำนาญ มีโอกาสเกิดภาระในการดูแล (burden) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจได้ เมื่อไรก็ตามที่ได้รับมอบหมายภารกิจให้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรับผิดชอบสูงสุด จำเป็นต้องมีเวลา มีความใส่ใจและต้องมีพลังอย่างเพียงพอการให้การดูแล ดังนั้นผู้ดูแลควรได้มีโอกาสได้ผ่อนคลายร่างกายและอารมณ์ตามความเหมาะสม ได้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของ Strang & Koop (2003) พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลรบกวนการเผชิญปัญหาหรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ได้แก่ สมรรถนะหรือความสามารถในการดูแล ปัญหาด้านเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย นโยบายการดูแลที่ปรับเปลี่ยนโดยเน้นให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแล ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่างๆในการดูแลจึงเป็นภาระของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง ไม่มีเงินทุนในการช่วยเหลือค่ายา ค่าเดินทาง เครื่องมือการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้าน รวมทั้งการมีผู้ช่วยเหลืออื่นเข้ามาช่วยเหลือบ้างบางเวลาเพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสได้พักผ่อน ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่สามารถเบิกคืนได้และเป็นค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น แต่โดยความเป็นจริงครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งๆที่รายได้เท่าเดิม ดังนั้นความต้องการของผู้ดูแลจึงมีหลากหลาย ต้องการให้พยาบาลชุมชนช่วยสอนการดูแลผู้ป่วยง่ายๆ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การป้อนอาหาร และยา และบางอย่างที่ยากอาจจะทำไม่ได้พยาบาลจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือยอมรับความสามารถเท่าที่มี ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคม ปัญหาที่มักพบได้บ่อยคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทีมสุขภาพควรจะคอยสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลควรได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกออกมา ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถกลับไปตายที่บ้านได้ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนที่ดีพอ ¹

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home nursing issues) ³

1. **การประเมินผู้ดูแล** การทำนายระยะเวลาที่เหลือของผู้ป่วยระยะท้าย มีประโยชน์สำหรับครอบครัวเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวต้องระบุผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีการแบ่งงานและมอบหมายหน้าที่ของแต่ละคนที่มีส่วนร่วมดูแล เพื่อให้แต่ละคนมีเวลาว่างสำหรับตัวเองในการพักผ่อน กรณีไม่มีผู้ดูแลแต่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ อาจจ้างผู้ช่วยดูแลที่บ้านได้

2. **การประสานเครือข่ายร่วมดูแล** การวางแผนการจำหน่ายและแผนการดูแล มีการส่งต่อแผนการดูแลให้กับทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยมีทีมการดูแลแบบประคับประคองทำหน้าที่หลักในการประสานการดูแลร่วมกับทีมดูแลปฐมภูมิในชุมชน เพื่อประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารประจำตำบล อาสาสมัคร อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และพระสงฆ์ เป็นต้น

3. **การเตรียมทีมที่พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาให้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง** ระบบโทรศัพท์ที่สามารถโทรหาได้เมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน รวมถึงเตรียมทีมสำหรับการเยี่ยมบ้าน

4. การเตรียมพื้นที่บ้าน พื้นที่อยู่อาศัยควรจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกิจกรรมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หลีกเลี่ยงให้อยู่ลำพัง การเตรียมห้องอาบน้ำและสุขาควรจัดอยู่ใกล้ๆ ให้มีพื้นที่พอสำหรับพาผู้ป่วยไปนั่งอาบน้ำ มีราวจับ โถนั่งถ่ายควรเป็นชักโครก ส่วนการจัดห้องนอนควรให้มองออกไปเห็นสวนทิวทัศน์ภายนอกได้ จัดเตียงให้สามารถเข้าได้สองด้าน มีโต๊ะข้างเตียงเล็กๆ สำหรับวางของใช้ มีที่นั่งสำหรับผู้มาเยี่ยม จัดเฟอร์นิเจอร์ไว้เท่าที่จำเป็น รวมถึงมีแสงและอากาศถ่ายเทได้ดี

5. การเตรียมอุปกรณ์การแพทย์ ควรจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน ที่นอนลม เตียง อุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น ถ้าจำเป็นควรจัดหาให้เพียงพอตามความต้องการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมั่นใจในการดูแลและไม่ควรมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากเกินไป

6. การดูแลเป็นพิเศษอื่นๆ

6.1 การดูแลอาการปวด เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สิ่งสำคัญในการดูแลคือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข 0 - 10 ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามระดับความรุนแรง ดีที่สุดควรให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง ไม่ควรรออนอาการปวดรุนแรง จึงค่อยให้ยาเพราะจะทำให้การควบคุมความปวดทำได้ยาก ยามีทั้งชนิดฉีด เม็ด แคปซูล น้ำ แผ่นแปะ ไม่ต้องกลัวถ้าแพทย์แนะนำให้ใช้ยามอร์ฟิน เพราะเป็นยาที่ใช้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวด ไม่ต้องกลัวติดยาหรือยาจะไปเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น บางครั้งถ้าโรคลุกลามไประบบประสาท อาจมีอาการสั่นร่วมด้วย จะได้รับยาต้านการซึมเศร้า และยากันชักร่วมด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงสำคัญของยามอร์ฟินที่มักจะพบไปตลอดระยะเวลาที่ได้รับยาเพื่อควบคุมอาการปวดคือ อาการท้องผูก ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจ รวมทั้งต้องรับทราบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีส่วนส่งเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้น ดังนั้นการดูแลเพื่อลดปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญไม่น้อยกว่ายา

6.2 การดูแลอาการหายใจลำบาก อาการหายใจลำบากมีสาเหตุมาจาก ปอดถูกทำลาย มีน้ำในปอด ซีด ร่างกายชুবวม มีภาวะอ่อนเพลีย ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจัดการได้ยาก อาการหอบมักทำให้เกิดอาการตกใจกลัว ดูแลโดยการฝึกการหายใจ เปิดพัดลมใส่หน้า จัดท่า เบี่ยงเบนความสนใจ และใช้วิธีการผ่อนคลาย จะช่วยบรรเทาอาการได้ กรณีไม่ได้ผลจำเป็นต้องใช้ยามอร์ฟินในขนาดน้อยๆกินเพื่อลดการ หิ้อถ้ามีออกซิเจนในร่างกายต่ำ จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนที่บ้าน ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ วางแผนการทำกิจกรรมและสว่นพลังงาน

6.3 การดูแลอาการท้องผูก ท้องผูกมีสาเหตุมาจากโรคที่ลุกลาม การเคลื่อนไหวลดลง รับประทานได้น้อย และที่สำคัญคือผลข้างเคียงจากยามอร์ฟิน การดูแลควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ถ่ายใน 3 วัน จำเป็นต้องปรับเพิ่มขนาดยาาระบาย เหน็บหรือสวนอุจจาระร่วมด้วย

6.4 การดูแลอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจมีสาเหตุมาจากโรคในช่องท้องหรือโรคที่สมอง หรืออาจเกิดจากยาและอาการข้างเคียงของยา ดูแลโดยให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นฉุน มัน รสจัด รักษาความสะอาดในช่องปาก ดูแลลดความวิตกกังวล

6.5 การดูแลภาวะโภชนาการ (Nutrition) การรับประทานอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะเบื่ออาหารและร่างกายซูบผอมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติของโรค มีความจำเป็นที่เราต้องอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าเขาจะไม่ตายจากการอดอาหาร อธิบายว่าผู้ป่วยไม่หิวและเบื่ออาหารเป็นจากโรคมะเร็ง แต่กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง (enteral feeding) หรือพิจารณาทำ gastrostomy นอกจากนี้ยังพบความเข้าใจผิดได้บ่อยๆ เช่น “ถ้าไม่ได้กินอาหารคนเราจะตาย หรือถ้ากินได้เราจะรอด” “อาหารบางอย่างรักษาโรคมะเร็งได้” หรือ “อาหารมีความจำเป็นในการช่วยรักษาภาวะแทรกซ้อน” ต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวว่าในระยะโรคมะเร็งลุกลาม การได้รับอาหารลดลง หรือการอดกลืนสารอาหารทางหลอดเลือดไม่ได้หมายความว่าทำให้ชีวิตเขาสั้นลง แต่ต้องยอมรับว่าระยะเวลาที่เหลืออยู่มีน้อยลงเป็นไปตามธรรมชาติของโรค

6.6 อาหารของผู้ป่วยระยะท้าย ในระยะไม่กี่สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ควรมีแนวปฏิบัติเรื่องอาหาร (Dietary guidelines) ดังนี้

6.6.1 ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกวัน บางวันรับประทานอาหารได้มาก บางวันรับประทานอาหารได้น้อย บางวันไม่รับประทานอาหารเลย สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นปกติของผู้ป่วยระยะท้าย แต่มีความจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ครอบครัวรับทราบด้วย

6.6.2 อาจจะรับประทานอาหารมากในมื้อเช้า แต่ไม่รับประทานอาหารเลยในมื้อเย็น

6.6.3 ในระยะใกล้เสียชีวิตการให้น้ำ (อาจจะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น) ขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

6.6.4 ความต้องการของผู้ป่วยสำคัญที่สุด ควรจัดอาหารที่ชอบ เลี่ยงอาหารรสเผ็ด

ภายหลังการอธิบายให้ข้อมูลเหตุผลในเรื่องอาหารและน้ำกับครอบครัวแล้วเกิดความกังวล จำเป็นต้องมีอภิปรายและพูดคุยกันถึงเรื่องนี้อีกครั้ง

6.7 การดูแลอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีสาเหตุมาจากการรับรสเสียไป เป็นไปตามการลุกลามของโรค ไม่ควรกังวลและไม่ต้องคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานให้ได้ทีละมากๆ ดูแลจัดอาหารที่ชอบให้รับประทานทีละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง

6.8 การทำความสะอาดช่องปาก (Mouth care) ปัญหาช่องปากมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดื่มและกินได้ การประเมินอนามัยในช่องปากมีความจำเป็น อาการที่มักพบบ่อยคืออาการปากแห้ง จากการขาดน้ำ ดูแลโดยให้ดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำบ่อยๆ อมผลไม้รสเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะนาวฝานแช่แข็ง หรืออาจใช้วาสลีนทาริมฝีปากบ่อยๆให้ชุ่มชื้น

6.9 การดูแลภาวะแขนขาบวม (Lymphedema) เนื่องจากระบบน้ำเหลืองไม่สามารถระบายออกได้และมีการอุดตัน ควรส่งต่อให้กับนักกายภาพบำบัดและทีมที่มีความชำนาญจำเพาะในการดูแลแบบประคับประคองให้การดูแล วิธีการดูแลโดยใช้วิธีการนวด และการใช้ผ้ายึดพัน (specialized bandaging)

6.10 การดูแลภาวะท้องมาน เกิดจากมีการคั่งของน้ำในช่องท้อง ทำให้รู้สึกอึดอัดทรมาน ในระยะแรกอาจได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ หรือเจาะน้ำช่องท้อง ในระยะใกล้เสียชีวิตการเจาะระบายเอาน้ำออกจะไม่สามารถทำได้อีก ดูแลโดยการจัดทำศีรษะสูง ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้รู้สึกผ่อนคลาย

6.11 การดูแลผิวหนัง (Skin care) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ต้องมีการเฝ้าระวังและระมัดระวัง ตรวจหาตำแหน่งที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับ การใช้ที่นอนลมบางครั้งสามารถช่วยได้ หรือการใช้เจลหรือคอลลอยด์หลังทำแผลติดไว้จะช่วยทำให้อยู่ได้หลายวัน ในการทำแผลถ้ามีอาการปวดอาจจำเป็นต้องให้มอร์ฟีนก่อนการทำแผล 20 นาที กลืนจากแผลอาจจะใช้ยา metronidazole ชนิดกินหรือฉีดก็ได้ทาเคลือบแผลเพื่อลดกลิ่น ในระยะแรกรับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายแล้วควรให้กินอาหารที่ชอบไม่ควรจำกัด การกลืนอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับและแผลมีโอกาหายได้ยาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลผิวหนังโดยรอบอย่างดี

6.12 การดูแลแผลมะเร็ง (Fungating tumors) ควรมีการจัดการกับอาการที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายดังนี้⁴

6.12.1 สารคัดหลั่ง (Exudates) กรณีที่มีสารคัดหลั่งน้อย การทำแผลที่ดีที่สุดคือการใช้ผ้าเกลือ (NSS) เทราดแผลให้ชุ่มก่อนเพื่อง่ายในการแกะลอกแผลป้องกันการบาดเจ็บและเลือดออก (ควรระวังในการใช้ไฮโดรเจนเพอออกไซด์ เดกิ้นโซลูชันหรือโปรวิดีนในการทำแผล) สวนล้างแผลโดยใช้ syringe ขนาด 50 ซีซีดูด NSS 35 ซีซีโดยใช้เข็มเบอร์ 18 ฉีดด้วย low-pressure ช่วยชะล้างเนื้อตายออกและลดปริมาณแบคทีเรียได้ กรณีที่มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลจำนวนมากซึมเปื้อนเสื้อผ้า เตียนนอน ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย วิธีการดูแลคือ ใช้วาสลีนก๊อสในการปิดแผลชั้นแรกก่อน และชั้นที่สองตามด้วยก๊อสหรือทอปก๊อสเพื่อระบายสารคัดหลั่งที่ออกมาระหว่างวัน ทำแผลเพื่อเปลี่ยนวัสดุชั้นแรกวันละครึ่ง ส่วนชั้นที่สองถ้าพบว่าสารคัดหลั่งซึมผ่านทะลุมาถึงผ้าพันแผลชั้นนอกสุดสามารถเปลี่ยนได้วันละ 2-3 ครั้ง อาจใช้โฟม (foam) หรือ อัลจินเท (alginate) ในการดูดซับสารคัดหลั่ง หรือใช้ผ้าอนามัย (menstrual pad) ซึ่งช่วยดูดซึมได้ดีเยี่ยมและมีพลาสติกด้านหลังเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งทะลุผ่านมาได้ป้องกันการซึมเปื้อนเสื้อผ้า ร่วมกับการใช้ barrier ointment หรือ skin sealant เช่น วาสลีน หรือซิงค์ออกไซด์ ทาเคลือบผิวหนังรอบๆแผล

6.12.2 เลือดออก (Capillary bleeding) ลอกวัสดุออกจากแผลเบาๆด้วยความใส่ใจและนุ่มนวล ถ้าแผลติดแน่นมากใช้ NSS เทราดแผลให้เปียกชุ่มเพื่อใช้ความชื้นช่วยให้หลุดลอกวัสดุออกง่ายหรือใช้วัสดุที่ป้องกันการติดกันระหว่างแผลกับวัสดุที่ใช้ทำแผล เช่น วาสลีนก๊อส หรือ sofra-tulle

6.12.3 กลิ่นไม่พึงประสงค์ (Malodour) กรณีมีการติดเชื้อที่แผลแต่ไม่ได้มีการติดเชื้อในกระแสเลือดควรใช้ metronidazole โดยเฉพาะที่ในการควบคุมกลิ่นจะได้ผลดีกว่าให้โดยการฉีด ดังนี้

6.12.3.1 ยา metronidazole ชนิดเม็ดโดยการบดยาให้ละเอียดผสมกับ sterile water ให้ได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% (5mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 40 ml และ 1% (10 mg/ml) เตรียมโดยใช้ยา 1 เม็ดผสม sterile water 20 ml นำไปชุบกับก๊อสจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล วิธีการนี้ต้องระวัง เพราะก๊อสอาจยึดติดกับแผล เมื่อทำแผลครั้งต่อไปถ้าลอกออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดและเลือดออกได้

6.12.3.2 1% metronidazole injection solution (500mg/ขวด) เตรียมโดยการใช้ก๊อสชุบน้ำยาจนชุ่มแล้วนำไปปิดหรือ pack เข้าไปภายในโพรงแผล สามารถถลอกได้ภายใน 2-7 วัน (ยาที่เหลือสามารถเก็บใช้ได้ต่อจนหมดภายใน 7 วัน โดยเก็บให้พ้นแสง ในอุณหภูมิปกติ ไม่ควรแช่เย็น)

6.13 **การดูแลภาวะอ่อนล้า** อาจมีสาเหตุมาจากการลุกลามของโรค ภาวะซีด เมตาโบลิซึมและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ เพื่ออาหารรับประทานได้ลดลง นอนหลับไม่เพียงพอจากการปวด หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น การให้ยาวิตามินและยาบำรุงไม่ได้ช่วยให้อาการอ่อนเพลียดีขึ้น ควรให้ความสำคัญกับการพักผ่อน และควรจัดกิจกรรมในช่วงที่รู้สึกสดชื่น

6.14 **การดูแลอาการนอนไม่หลับ** อาการนอนไม่หลับอาจเนื่องมาจากอาการไม่สบายอื่นๆ ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น อาการปวด อาการหายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้อาเจียน การดูแลโดยจัดการอาการปวดและอื่นๆให้สบายที่สุด ไม่ควรนอนกลางวันมาก ไม่ควรดื่ม น้ำ ชา หรือกาแฟก่อนนอน ถ้าจำเป็นอาจต้องใช้ยานอนหลับช่วย

6.15 **การดูแลอาการวิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า** มีสาเหตุจากความรุนแรงของโรคที่คาดเดาอะไรไม่ได้ และคาดหวังกับการรักษา ดูแลโดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ เป็นผู้ฟังที่ดี พูดคุยกันอย่างเปิดเผยและจริงใจ ให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพตามตรงเพื่อให้การช่วยเหลือ

7. **ทักษะในการให้การพยาบาล** หัวใจสำคัญของการให้การพยาบาล คือ การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ความนุ่มนวลในการดูแล และคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทักษะจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้จากพยาบาลมีดังนี้

7.1 การยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

7.1.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้ หรือจากเก้าอี้ไปห้องน้ำ

7.1.2 การจัดทำให้ผู้ป่วยสบาย และการจัดทำบนเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7.1.3 หลักการสำคัญของการยกผู้ป่วยคือ ขณะยกผู้ป่วยให้หงอเข้าสองข้างแทนการก้มหลัง

7.1.4 การปรับเตียงนอนหรือจัดเก้าอี้ให้สูงขึ้นมีประโยชน์ ช่วยให้เบาแรงในการช่วยผู้ป่วยลุกขึ้น

7.2 **การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน** ควรเปลี่ยนผ้าปูที่นอนในช่วงเวลาเดียวกับการเช็ดตัวผู้ป่วยบนเตียง จัดที่นอนให้เรียบตึง ใช้ผ้าขาวเตียงปูทับบนผ้าอย่างขาวเตียงเมื่อผ้าขาวเตียงเปียก สกปรกหรือผู้ป่วยปัสสาวะ อุจจาระราด ควรเปลี่ยนเฉพาะผ้าขาวเตียงไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน

7.3 **การดูแลอื่นๆตามความเหมาะสม** การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้มีวิธีการที่ตายตัว ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมกับสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยพอใจและสบายอยู่เสมอ ดังนี้

7.3.1 การจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง แสงสว่าง รูปภาพ การใช้กลิ่นที่ชอบ เช่น น้ำหอม สมุนไพร ในห้องนอนหรือห้องนั่งเล่น ช่วยสร้างความพึงพอใจได้

7.3.2 การตัดเล็บให้สั้น ช่วยให้รู้สึกสะอาด

7.3.3 การอาบน้ำให้ด้วยสบู่ หรือสระผมด้วยน้ำอุ่นและช่วยนวดศีรษะเบาๆจะทำให้รู้สึกดีและสบายขึ้น

7.3.4 การช่วยจัดหาเสื้อผ้าที่ชอบ และใส่สบาย

7.3.5 ถ้าอากาศเย็น การใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดร่างกายจะทำให้รู้สึกสะอาดและสบาย

7.3.6 การนวดตัวให้เบาๆ โดยใช้น้ำมันหอมระเหย จะเพิ่มความสุขสบายขึ้น

7.3.7 การทำความสะอาดช่องปาก ถ้าไม่มีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีควรแปรงฟันด้วยแปรงขนาดเล็กขนนุ่มทุกวัน เมื่อเริ่มมีการรู้สึกติดลงอาจใช้แคลมป์ (clamp) คีบสำลีเพื่อป้องกันสำลีหลุดเข้าไปในคอ ชุบน้ำเกลือแล้วเช็ดให้ทั่วปาก สร้างความมั่นใจว่าการกลืนดีขึ้น

7.4 การปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีการรับรสเสียไป ควรจัดปรุงอาหารที่กลิ่นง่าย ดุจดลิ้มได้ดี ปรุงรสตามความชอบของผู้ป่วย แต่งกลิ่นสีให้น่ารับประทาน เพิ่มรสจัดเล็กน้อย เพิ่มคุณค่าอาหารโดยเพิ่มส่วนผสมที่มีประโยชน์ เช่น ไข่ หรือนมผง หั่นเครื่องประกอบอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ อาจหาอาหารเสริม เช่น ซัสตาเย่น หรือเอนซัวร์ (1 แก้วเทียบเท่าอาหาร 1 มื้อได้) และหลักการสำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานได้ ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง พักผ่อนบ่อยๆระหว่างมื้ออาหาร การใช้หลอดดูดจะดื่มน้ำได้มากขึ้น จัดกลิ่นที่ชวนคลืนไส้ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สดชื่น

7.5 การเสริมสร้างกำลังใจ เรียนรู้เป็นผู้ฟังที่ดี กระตุ้นการพูดคุยอย่างเปิดเผยและจริงใจเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่รู้สึกกลัว เคร้าหรือโกรธได้ง่าย การพูดถึงความคิดและความรู้สึกตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยเอาชนะความรู้สึกสิ้นหวังได้ และคาดหวังตามความเป็นจริงในระยะเวลาที่เหลืออยู่

7.6 ทักษะอื่นๆ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การเทปัสสาวะออกจากถุง การให้ยาฉีดเมื่อจำเป็น เช่น การฉีดยามอร์ฟินเวลาปวดรุนแรงทันทีทันใด หรือการฉีดยาสเดียรอยด์หรือยาอื่นๆที่บ้าน การเรียนรู้การใช้เครื่องปั๊มยาต่อเนื่องที่บ้าน (syringe driver) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการไม่สบายได้อย่างดี

8. การดูแลเรื่องยา

8.1 ควรบันทึกการให้ยา ชนิดของยา และเวลาที่ให้ยา รวมทั้งยาที่ให้เมื่อจำเป็น เช่น ยาลดปวดที่ออกฤทธิ์สั้นที่ฉีดลดปวดระหว่างวันทุก 2 ชั่วโมง ควรบันทึกว่ารับประทานเวลาไหนบ้าง วันละกี่ครั้ง

8.2 ยาเม็ดควรจัดใส่กล่องที่มีหลายๆช่อง (มีฝาปิด) โดยแบ่งเป็นมื้อๆใน 1 วัน

8.3 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา คลื่นไส้อาเจียน ซึมลง กลืนยาไม่ได้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เพื่อปรับการให้ยาทางอื่น เช่น ทางทวารหนัก หรือทางชั้นใต้ผิวหนัง

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตระยะสุดท้ายที่บ้าน และต้องการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบในบรรยากาศที่เอื้ออาทรเต็มไปด้วยญาติมิตร ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการถูกยึดชีวิตด้วยเครื่องมือต่างๆ ในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการปรับตัวต่อการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือมีระบบส่งต่อและการสื่อสารระหว่างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามอาการและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง การดูแลต่อเนื่องและทีมการดูแลที่เข้มแข็งมีส่วนสำคัญที่จะพัฒนาให้เกิดรูปแบบการดูแลที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Milone-Nuzzo and McCorkle R. Home Care. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. **Textbook of palliative nursing**. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 771-85.
2. ทศนีย์ ทองประทีป. พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : วี.พรินท์; 2552.
3. Doyle D and Jeffrey D. **Palliative care in the home**. New York, Oxford University Press Inc., 2007: 112-31.
4. Bates-Jensen BM, Seaman S and Early L. Skin disorders : Tumor Necrosis, Fistulas, and Stomas. In: Ferrell BR, Coyle NC, editors. **Textbook of palliative nursing**. New York, Oxford University Press Inc., 2006: 329-43.