



การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ Palliative Care Nursing for Older Persons

ศิริรัตน์

ปานอุทัย *

Sirirat Panuthai *

บทคัดย่อ

การเสียชีวิตของคนส่วนใหญ่เกิดในวัยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม แต่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่เป็นผู้สูงอายุ โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไม่ใช่แค่โรคมะเร็งเท่านั้นแต่ยังมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 1 โรค นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ให้บริการมีความยากในการประเมินเพื่อจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองและเชื่อมั่นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมีความต่อเนื่องตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตบรรลุนำมาสู่การบรรลุเป้าหมายคือการจากไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ผู้สูงอายุ

Abstract

Most deaths occur among people who are old and experiencing multiple chronic illnesses. Older people are the vulnerable group who have been left out from the palliative care system since this system was originally designed to meet the needs of cancer patients. Not only cancer, but other chronic diseases such as chronic obstructive pulmonary disease, end stage chronic kidney disease and heart failure were also major causes of death among older people. Moreover, older people are experiencing multiple diseases and geriatric syndromes such as dementia caused by degenerative changes and being barriers for health care providers to assess palliative care needs and decide for services. To achieve the ultimate goal of quality of life at the end of life, palliative care system should be urgently developed to ensure that older people suffering from multiple chronic diseases will receive continuity of care throughout the course of illness.

Key word: *palliative care nursing, older person*

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand

วันที่รับบทความ 20 ธันวาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 28 กันยายน 2561 วันที่ตอบรับบทความ 10 ตุลาคม 2561

บทนำ

ภาวะสูงอายุนั้นจะเป็นภาวะที่การเติบโตในทางกายภาพไม่สามารถเจริญได้อีกแล้ว แต่ในมิติด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณยังสามารถเติบโตได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นเวลาที่มีประโยชน์ที่สามารถพบทวนถึงคุณค่าของชีวิต การฟื้นฟูความสัมพันธ์ที่ร้าวฉาน เป็นวัยที่สะท้อนภูมิปัญญาจากประสบการณ์ชีวิต เป็นวัยส่องตะเกียงให้กับคนวัยอื่น ๆ ตลอดจนเป็นวัยเพื่อการเตรียมตัวและทำวาระสุดท้ายของชีวิตให้สมบูรณ์ (Chengsatiansup, 2012) ถึงแม้ว่าคนส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในวัยสูงอายุ (World Health Organization [WHO], 2011) แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้าไม่ถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง (Kite, 2006) ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เน้นกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยระยะที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีโรครุนแรง นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและเป็นโรคที่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาความก้าวหน้าของโรคที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย (O-Leary & Tiernan, 2008) ทักษะคดีเกี่ยวกับความตาย (Walshe, Todd, Caress, & Chew-Graham, 2009) หรือความรู้ความสามารถด้านการดูแลแบบประคับประคองของผู้ให้บริการ (Hanratty et al., 2002)

ความจำเป็นของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่เป็นระบบที่ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เป็นระบบสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะสุดท้ายของชีวิตในทุกกลุ่มอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะสุดท้ายในกลุ่มอื่น ๆ นำมาซึ่งปัญหาและความต้องการที่แตกต่างออกไปซึ่งควรนำมาพิจารณาในการวางแผน

การดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

1. การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทำให้สัดส่วนของผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ดังแสดงจากข้อมูลในปี 2011 มีประชากรทั่วโลก 20.4 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization, 2014) โดยในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 69 และอาศัยอยู่ในประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก ร้อยละ 51 (Chan, Menon, & Goh, 2015)

2. สาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ซึ่งมักเกิดจากโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าโรคมะเร็ง (WHO, 2011) จากการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงพบร้อยละ 33.69 (National Statistical Health Office, 2014) เช่นเดียวกับข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ของกลุ่มอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41.4 โรคเบาหวานร้อยละ 18.2 และข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 8.6 ส่วนข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 19.2, 18.8, 11.8 ของผู้ที่อายุ 60-69, 70-79 และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบร้อยละ 44.0, 51.7 และ 55.9 ของผู้ที่อายุ 60-69, 70-79 และ 8 ปีขึ้นไปตามลำดับ (Aekplakorn, 2009)

3. การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรครวมถึงความพิการ ในขณะที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินและการจัดการปัญหาและเข้าไม่ถึง

บริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี มีรายงานว่าได้รับการจัดการอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานน้อยมาก รวมถึงได้รับการส่งต่อเพื่อการจัดการอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน และอาการอื่น ๆ ค่อนข้างน้อยมาก ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่เป็นผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะทุกข์ทรมานและเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง โดยมีระยะเวลาที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมการทำงานที่เป็นระยะเวลานาน (Evers, Meier, & Morrison, 2002) ดังนั้นการตอบสนองความต้องการของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่เป็นผู้สูงอายุจำเป็นต้องขยายขอบเขตของการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบคลุมผู้ที่ป่วยหลายโรคและผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

4. ความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุ การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมร่วมกับลักษณะของโรคทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยยาวนาน ทำให้มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่แค่เฉพาะช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองไว้ในการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง (WHO, 2011)

ลักษณะของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่อาจแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่น ดังนี้

1. ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการที่สร้างความทุกข์ทรมาน เช่น เจ็บอก อ่อนล้า และเหนื่อย (Vliet, Antunes, Higginson, 2015) นอกจากนี้การที่โรคอาจไม่สามารถพยากรณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการสื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคน้อย เนื่องจากความยากในการคาดการณ์เกี่ยวกับการเสียชีวิต

ซึ่งมีตัวอย่างในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่เฉลี่ย 2 ปี แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียง 21 วันเท่านั้น (Borbasi, 2017)

2. การเจ็บป่วยหลายโรคร่วม (multimorbidity) ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 49.4-89.0 (Afshar, Roderick, Kowal, Dimitrov, & Hill, 2015; Barnett et al., 2012; Gu et al., 2017; Harrison, Henderson, Miller, & Britt, 2017; Violán et al., 2014) สำหรับในประเทศไทยถึงแม้จะยังไม่มีข้อมูลที่เด่นชัดแต่จากผลการสำรวจสถานการณ์การเจ็บป่วยหลายโรคร่วมในผู้สูงอายุ อำเภอศรีประจันต์ ในจังหวัดสุพรรณบุรีพบอุบัติการณ์ร้อยละ 34.7 (Baoiam, Jaroenpitak, Sukhontha, Satitvipawee, 2018) การเจ็บป่วยหลายโรคร่วมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นและอายุขัยสั้นลง (Nunes, Flores, Mielke, Thume, & Facchini, 2016) โดยรูปแบบของการเจ็บป่วยหลายโรคร่วมมีหลายรูปแบบ ทั้งโรคเรื้อรังทางกายหลายโรคร่วมกัน (physical-only multimorbidity) ซึ่งพบมากที่สุดโดยเฉพาะผู้ที่อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 56 รูปแบบที่พบบ่อยรองลงมาได้แก่ โรคทางกายร่วมกับโรคทางจิต (mixed physical and mental multimorbidity) โดยพบในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 55 ปี โรคเรื้อรังทางจิตร่วมกัน (mental-only multimorbidity) ที่พบได้น้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น สำหรับโรคร่วมใน 10 โรคที่พบบ่อยในทุกกลุ่มอายุเป็นโรคทางกายจำนวน 7 โรคและโรคทางจิตจำนวน 3 โรค (McLean et al., 2014)

3. การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมร่วมด้วยที่ลักษณะของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับแบบแผนการเจ็บป่วยยาวนาน ไม่มีระยะความรุนแรงของโรคที่ชัดเจนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดช่วงเวลาของการให้การดูแลแบบประคับประคองได้ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองไว้ในจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง (WHO, 2011)

4. ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเกิดจากการ

เปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงจากอายุที่มากขึ้น ได้แก่ ปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อม ท้องผูก ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Vliet, Antunes, Higginson, 2015) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ซึ่งหากมีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย จะยากสำหรับทีมดูแลในการประเมินความต้องการและการจัดบริการ โดยทีมดูแลต้องมาจากหลายภาคส่วน เช่น แพทย์เฉพาะทาง การดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ผู้สูงอายุ และภาคส่วนสังคม เนื่องจากความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม และเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเฉพาะด้านสูง

5. ภาวะหง่อม (Frailty) เป็นการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต รวมถึงเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลัน หกล้ม การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยภาวะหง่อมพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและผู้ที่มีการเจ็บป่วยหลายโรคร่วม (Pal & Manning, 2014) โดยการมีอาการตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไปบ่งบอกถึงภาวะหง่อม ได้แก่ การเดินช้าลงมาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ กิจกรรมทางกายลดลงหรือมีการใช้พลังงานลดลง และเหนื่อยล้าหรืออ่อนล้า (exhaustion) (Pal & Manning, 2014) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อมที่รุนแรงจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือจะไม่ได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสภาพและอาจนำมาซึ่งอันตราย ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะหง่อมรุนแรงเนื่องจากอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน โดยผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วมมีโอกาสที่จะเกิดภาวะหง่อมได้ง่าย (Tatum, Talebreza, Ross, & Widera, 2017)

กลุ่มเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

เกณฑ์ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างจาก

เกณฑ์ที่ใช้ทั่ว ๆ ไป ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง น้ำหนักลด มีโรคร่วมหลายโรค ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 2.5 กรัมต่อเดซิลิตร มีภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันระดับมาก และมีคะแนนจาก Karnofsky Performance ต่ำกว่าร้อยละ 50 (Matzo, 2004)

2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีตัวชี้วัดได้แก่ ภาวะหง่อมซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิต มีการหกล้มบ่อยครั้ง มีความพิการ เสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการฟื้นฟูสภาพลดลง (Gatto & Zwicker, 2013)

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรม (functional dependence) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่ (Gatto & Zwicker, 2013)

4. ผู้สูงอายุที่มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ลดลง (cognitive impairment) ความจำลดลง ความตั้งใจและสมาธิลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด การใช้ภาษา และความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Gatto & Zwicker, 2013)

5. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง การติดเชื้อซ้ำบ่อยครั้ง และโรคข้อเสื่อมที่ทำให้มีอาการข้อบวมพร่องในการทำหน้าที่และอาการปวดเรื้อรัง (Gatto & Zwicker, 2013)

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน ที่ จำเป็นต้องให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Davies, 2004) ดังนี้

1. การควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยอาการที่

รบกวนในระยะสุดท้าย เช่น เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก สะอึก โดยเฉพาะอาการปวด ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อให้เกิดการนอนไม่หลับ เพื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง ท้องผูก การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุได้รับการจัดการอาการปวด (Davies, 2004) นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคเมเร็งมักพบอาการหลายอาการร่วมกัน เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เพื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับอาการผิดปกติด้านอารมณ์ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พบหลายอาการเช่นกัน เช่น อาการหลงลืม ปัญหาการนอนหลับ ร่วมกับอาการทางจิตประสาทอื่น ๆ เช่น ประสาทหลอน หลงผิด ซึมเศร้า (Davies, 2004) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในการได้รับการจัดการอาการรบกวนอื่น ๆ

2. การจัดการโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม โดยการยึดผู้ป่วยสูงอายุเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การจัดการที่คำนึงถึงความชอบของผู้สูงอายุและการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา การจัดการที่คำนึงถึงความซับซ้อนและความเป็นไปได้ของวิธีการจัดการ รวมถึงการเลือกวิธีการจัดการที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงน้อย และมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะยอมปฏิบัติตามทั้งการจัดการด้วยยาและไม่ใช้ยา (Tatum, Talebreza, Ross, & Widera, 2017)

3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและการรักษา ทราบถึงอันตราย ความเสี่ยง และประโยชน์ของการรักษาเพื่อนำมาสู่การตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเมเร็งต้องการข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งถ้ามีการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดี (Davies, 2004; Gatto & Zwicker, 2013)

4. ความต่อเนื่องและการประสานการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้ายจะมีการเจ็บป่วยที่มีอาการขึ้นๆ ลงๆ อาจต้องเปลี่ยนสถานที่ดูแลระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ดังนั้นความต่อเนื่อง รวมถึงการประสานการดูแลระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในแต่ละสถานดูแล นอกจากนั้นการประสานการดูแลยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Higginson & Davies, 2004; Gatto & Zwicker, 2013)

5. การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง มีหลักฐานยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองที่น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อม (frailty older people) ที่มีความยากในการวินิจฉัยระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย (Lloyd, Kendall, Carduff, Cavers, Kimbell, & Murray, 2016) นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก็เป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่เข้าไม่ถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการแสดงทางด้านจิตสังคมและพฤติกรรม (behavioral and psychological symptoms of dementia) หลายอาการที่ซับซ้อน ร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น แบบแผนการนอนและการรับประทานอาหารผิดปกติ หวาดระแวง ประสาทหลอนและประสาทหลง เหนื่อย ปวด หายใจลำบาก ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยแพทย์ด้านผู้สูงอายุในการระบุว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายใดที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และร่วมในการวางแผนการใช้ยาที่เหมาะสม และการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการทำงานประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง (Tatum, Talebreza, Ross, & Widera, 2017)

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

ได้มีการกำหนดเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตคือมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) และสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (Quality of Death) ซึ่งการตายดี หมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำในสิ่งที่ค้างค้าง สามารถแสดงความรู้สึกปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (National Health Commission Office, 2014) สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาคุณลักษณะของการตายดีในประชากรกลุ่มอายุ 40-79 ปี จำนวน 207 ราย ในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ซึ่งการตายดีประกอบด้วย ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ ตายในสิ่งที่ต้องการ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพ ยังคงความหวังและความพึงพอใจ ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น สัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว สภาพร่างกายและสติปัญญายังดี สุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล เป้าหมายในชีวิตบรรลุ ตายตามธรรมชาติ เตรียมตัวตาย ได้ยังประโยชน์กับบุคคลอื่น บรรลุทุกบทบาท ตายสวยงามหรือสง่างาม ควบคุมอนาคตได้ สุขสบายด้านจิตวิญญาณและด้านศาสนา (Ando, Somchit, Miyashita, & Jamjan, 2016) สำหรับการศึกษาของ Panuthai et al. (2016) เกี่ยวกับความหมายของการตายดีทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่มีไข้แรง ผู้ปกครองเด็กป่วย ผู้ให้บริการคือทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลตติยภูมิ และในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการตายดีมีคุณลักษณะ ได้แก่ 1) การปราศจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย 2) ความสงบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 3) การเตรียมตัวตาย 4) การกำหนดสถานที่ตาย และ 5) การได้รับการดูแลภายหลัง

ตาย ดังนั้นการบรรลุเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองทั้งคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตและการตายดีสำหรับผู้สูงอายุนั้นบุคลากรสุขภาพรวมถึงพยาบาลควรยึดหลักการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับหลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการได้อย่างครอบคลุม

การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุ

การพยาบาลแบบประคับประคอง (palliative care nursing) เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล (European Association for Palliative Care, 2009) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การตระหนักถึงความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และตระหนักว่าการดูแลระยะสุดท้ายที่ต่ำกว่ามาตรฐานเป็นปัญหาสุขภาพ 2) การระบุและตอบสนองความต้องการด้านการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้สูงอายุในทุกสถานบริการ 3) การพัฒนากลยุทธ์การดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเจ็บป่วยในทุกโรคและนำแนวปฏิบัติใหม่ ๆ ทั้งด้านการแพทย์ (geriatric medicine) การพยาบาลผู้สูงอายุ (geriatric nursing) จิตเวช และการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) การติดตามประเมินความสำเร็จของการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ 5) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพใหญ่โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (long term care system) 6) การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็ง และตระหนักถึงประเด็นการมีโรคร่วม และการดูแลระยะยาว 7) การพัฒนาทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรทุกแหล่งบริการ และทุกกลุ่มบุคลากร เพื่อจัดบริการทั้งบริการทางการแพทย์

การพยาบาล จิตวิทยาสำหรับผู้สูงอายุ 8) การดูแลทั้งครอบครัวและผู้ดูแล 9) การจัดการเพื่อการจัดการอาการโดยคำนึงถึงบริการที่มีคุณภาพ 10) การสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการ เช่น สถานที่เสียชีวิต 11) การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุยึดหลักการ 1) การประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive geriatric assessment) เพื่อทำความเข้าใจทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่อาศัยทักษะการสังเกต และการฟังอย่างใส่ใจและตั้งใจ เพื่อร่วมกันวางแผนในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม (Jerant, 2004) 2) การประสานงานและการบูรณาการการดูแล (Coordination and integration of care) เพื่อการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้รับผิดชอบจัดบริการในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า เป็นกลไกที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายสามารถเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ โดยเฉพาะการเสียชีวิตที่บ้าน นอกจากนี้ยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นด้วย (Davies, 2004) 3) ผู้ให้บริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านผู้สูงอายุและด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Specialist Palliative Care) ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่ซับซ้อนที่เป็นผลจากการเสื่อมด้านร่างกายที่ไม่ได้เป็นอาการที่ปรากฏในตำราการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ให้บริการมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชจลศาสตร์ของยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟินในการจัดการอาการปวด รวมถึงการใช้ยาหลายชนิดที่ใช้รักษาโรคร่วม นอกจากนั้นแพทย์มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับเรื่องการดูแลระยะยาวทั้งด้านการบริหารจัดการและการจัดการสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน หรือสถานดูแลระยะยาวหรือระยะสุดท้าย (Morrison & Meier, 2003) 4) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการพยากรณ์โรคตามความเป็นจริง เพื่อการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (advanced care plan) เพื่อให้ผู้สูงอายุ

ได้มีการระบุความต้องการหรือความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) ในขณะที่ตนเองยังมีความสามารถในการตัดสินใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อถึงเวลาที่ผู้สูงอายุจะจากไปผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการตามความปรารถนาที่ผู้สูงอายุได้ระบุไว้ (Davies & Higginson, 2004) 5) การดูแลเชิงรุก (timely proactive approach) เพื่อป้องกันความล่าช้าของการจัดการความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุ โดยการดูแลแบบประคับประคองไม่ควรรอจนถึงวาระสุดท้ายหรือระยะสุดท้ายเนื่องจากถ้าการจัดการการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นการดูแลแบบประคับประคองควรมีลักษณะการทำงานเป็นทีมเพื่อการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด โดยในขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาล ทีมดูแลประกอบด้วยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่ผ่านการอบรม และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและการให้การดูแลตามแผนการดูแลแบบประคับประคอง (team oriented working) (Jerant, Azari, Nesbitt, & Meyers, 2004) 6) ความสมดุลระหว่างการดูแลแบบประคับประคองและการรักษาในระยะเวลายาวนาน การดูแลแบบประคับประคองควรรียดหลักการการดูแลตามระยะ (trajectory) และดูแลต่อเนื่องยาวนาน (longitudinal chronic illness care) โดยการสร้างความสมดุลระหว่างการดูแลแบบประคับประคองและการรักษา โดยหลักการนี้ใช้ทดแทนหลักการดูแลเฉียบพลันที่เน้นการจัดการการกำเริบของโรค (Jerant, Azari, Nesbitt, & Meyers, 2004) 7) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ โดยทุกกลุ่มจะต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอในการตัดสินใจ ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงว่าถ้ามีการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่ายจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยมีหลักฐานอ้างอิงประกอบที่เป็นประโยชน์ (Voumard, 2018) และ 8) ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของการดูแลแบบประคับประคองตามหลักฐานเชิงประจักษ์

(Voumard, 2018)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุควรครอบคลุมกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การประเมินการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีโรคร่วม ภาวะหง่อม และความพิการด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย (Bell, et.al., 2015) ซึ่งการจัดการโรคร่วมประกอบด้วย การประเมินโรคร่วมเพื่อระบุปัญหาและความต้องการที่เฉพาะของแต่ละโรคในผู้ที่มีอาการกำเริบของโรค และระบุระยะของการเสียชีวิต (Hopp, et.al., 2016) นอกจากนั้นผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายควรได้รับการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายใน 4 ระยะ หรือการประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ได้แก่ ระยะไม่เชื่อหรือช็อก (shock or disbelief) ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ การประเมินความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพื่อจัดบริการการส่งเสริมความผาสุกด้านจิตจิตใจและจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม โดยมุ่งเน้นการประเมินความเชื่อด้านศาสนา ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ การค้นหาความหมายต่อชีวิต นอกจากนั้นการประเมินการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อวางแผนการจัดการที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งความล่าช้าของการประเมินจะทำให้การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองล่าช้าตามไปด้วย (Garcia, Rodrigues, & Lima, 2014)

2. การประเมินอาการรบกวนในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เนื่องจากการได้ยินบกพร่องหรือความบกพร่อง ด้านสติปัญญาที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม จึงควรเลือกใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง นอกจากนั้นควรคำนึงถึงความเชื่อเฉพาะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เชื่อว่าผู้สูงอายุต้องมีความอดทน และความอดทนเป็นคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ดีทำให้ผู้สูงอายุไม่รายงานอาการรบกวนให้กับผู้ประเมินที่เป็นบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นอาจต้องใช้แนวทางการประเมินอาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

แต่ละราย ตัวอย่างของการประเมินอาการในผู้สูงอายุประเทศญี่ปุ่นด้วยการใช้การตุน ซึ่งเป็นวิธีการถ่ายทอดข้อมูลที่มีการใช้อารมณ์ขันและเป็นรูปแบบที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ (Hirakawa & Uemura, 2010c)

3. การวางแผนการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลครอบคลุมดูแลในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเนื่องจากการรับรู้และการตอบสนองของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายและครอบครัวมีปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง (Bridge, 2008) โดยแผนการดูแลควรมีความสอดคล้องและมีความไวต่อวัฒนธรรมของผู้ป่วย (culturally-sensitive care) และเป็นแผนการดูแลที่ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันวางแผนเพื่อจัดบริการที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการทุกด้านของผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้าย แผนการดูแลประกอบด้วย เป้าหมายของการดูแล แผนการสนับสนุนครอบครัว แผนการดูแลด้านจิตวิญญาณ แผนการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงิน แผนการฟื้นฟูสภาพและการจัดการความเจ็บป่วยร่วม การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advanced care planning) รวมถึงแผนการจัดการอาการ อย่างไรก็ตาม แผนการดูแลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง เช่น แบบแผนการเจ็บป่วย (illness/disease trajectory) รูปแบบการแสดงอาการ (symptom presentation) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ และเอกลักษณ์ นอกจากนั้นแผนการดูแลควรเป็นแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่เน้นความเป็นองค์รวมและความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขาวิชาชีพเพื่อการจัดการที่เหมาะสมและครอบคลุมโดยบทบาทสำคัญของพยาบาลคือการประสานการดูแลกับสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายและครอบครัว (Guerrero, 2019)

4. การตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วย การจัดการอาการที่สร้างความทุกข์ทรมาน และการส่งเสริมความสุขสบาย ซึ่งอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานที่พบบ่อย ได้แก่ เหนื่อย ภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนล้า อาการรบกวนทางระบบทางเดินอาหาร

ได้แก่ ท้องผูก เพื่อกินอาหารและกลืนลำบาก และอาการปวด (Gatto & Zwicker, 2013) การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองในระดับที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ (Hopp et al., 2016) การบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและจิตวิญญาณโดยการสนับสนุนด้านจิตใจและส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance planning) ซึ่งพยาบาลควรส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมในแต่ละระยะ เช่น การส่งต่อให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือสนับสนุน ส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ส่งต่อเพื่อให้ได้รับการบำบัดด้านจิตเวช หรือการส่งต่อเพื่อให้เข้ากลุ่มสนับสนุนในชุมชน (Bridge, 2008)

5. การสนับสนุนครอบครัวโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของครอบครัว ภาระในการดูแลที่มากอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกของการเป็นภาระ (burden) และด้วยวัฒนธรรมไทยที่ถูกกำหนดให้บุตรเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการตอบแทนบุญคุณบุพการี โดยต้องดูแลโดยเฉพาะในวาระสุดท้ายให้ดีที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการที่จะต้องรับบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้สูงอายุ ซึ่งครอบครัวควรได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถปรับตัวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายด้วย สำหรับพยาบาลประคับประคอง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ครอบครัวจัดการกับความต้องการการดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพและเผชิญกับกระบวนการตายอย่างเหมาะสม การมีข้อมูลเพียงพอจะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Maureen, Constance, Todd, & Edward, 2011)

6. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดเชิงรุกคือให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

มีภาวะสมองเสื่อมและเริ่มทำ advanced care plan ตั้งแต่ที่ภาวะของโรคยังไม่รุนแรง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจหรือบอกความปรารถนาของตนเองได้ ที่สำคัญคือการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาล ในสถานสงเคราะห์และในชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จึงกล่าวได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างการดูแลภาวะสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ประกอบด้วยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการอาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการของโรค การสนับสนุนครอบครัว การส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน การประสานการดูแล และการดูแลแบบประคับประคองโดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนระยะสุดท้าย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยและให้ข้อมูลแก่แพทย์ตอนผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล รวมถึงเป็นผู้ที่ประสานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สรุป

ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วม ผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อม รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนทั้งปัญหาจากความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา โดยการพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุยึดหลักการและเป้าหมายเดียวกับการพยาบาลแบบประคับประคองในกลุ่มเป้าหมายทั่วไปคือ การดูแลแบบองค์รวมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงานและการบูรณาการการดูแล การสื่อสาร

อย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อ ความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี
เป้าหมายคือคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเผชิญ

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2009). *Thai National Health Examination Survey IV 2008-2009*. Nonthaburi: The Graphic System.
- Afshar, S., Roderick, P. J., Kowal, P., Dimitrov, B. D., & Hill, A. G. (2015). Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*, 15(1), 776. doi:10.1186/s12889-015-2008-7.
- Ando, M., Somchit, S., Miyashita, M., & Jamjan, L. (2016). The perception for good death of community dwelling Japanese and Thailand respondents. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 1(3), 91-96.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37-43. doi:10.1016/s0140-6736(12)60240-2
- Baoiam, P., Jaroenpitak, S., Sukhontha, S., Satitvipawee, P. (2018). *Prevalence and related factors of multimorbidity in the elderly, Si Prachan sub-district, Sri Suphan Buri Province*. Bangkok: National Public Health.
- Bell, S. P., Orr, N. M., Dodson, J. A., Rich, M. W., Wenger, N. K., Blum, K., ... Forman, D. E. (2015). What to Expect From the Evolving Field of Geriatric Cardiology. *J Am Coll Cardiol*, 66(11), 1286-1299. doi:10.1016/j.jacc.2015.07.048
- Borbasi, J. (2017). *Life before death: Improving palliative care for older Australians*. Australia: center for independent studies. Retrieved from <https://www.cis.org.au/app/uploads/2017/11/rr34.pdf>
- Bridge, D. T. (2008). Curing diseases and healing suffering: Inspiration from developments in palliative medicine. *International Journal of Gerontology*, 2(2), 29-32.
- Chan, N., Menon, S., & Goh, C. R. (2015). Policies on palliative care for older people in Asia. In L., Van den Block, G. Albers, Pereira, S.M., B. Onwuteaka-Philipsen, R Pasman, & L Deliens (Eds.), *Palliative care for older people: a public health perspective*. Oxford: n.p.
- Chengsatiansup, K. (2012). *Learning to aging society. Lecture on Siriraj Palliative Care Day. October, 17-19, 2012*. Retrieved from <https://www.healthyliving.in.th/content/207064/%20>
- Davies, E. (2004). *What are the palliative care needs of older people and how might they be met*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Davies, E. & Higginson, I. L. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

- Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). *Report on Health Status of the Thai Elderly*. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health.
- European Association for Palliative Care. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289
- Evers, M. M., Meier, D. E. & Morrison, R. S. (2002). Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *Journal of Pain Symptom Management*, 23(5), 424-32.
- Garcia, J. B., Rodrigues, R. F., Lima, S. F. (2014). Structuring a palliative care services in Brazil: experience report. *Brazilian Society of Anesthesiology*, 64(4), 286-291.
- Gatto, M., & Zwicker, DeAnne. (2013). Nursing Standard of Practice Protocol: Palliative Care. In *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Gu, J., Chao, J., Chen, W., Xu, H., Wu, Z., Chen, H., ... Zhang, R. (2017). Multimorbidity in the community-dwelling elderly in urban China. *Arch Gerontol Geriatr*, 68, 62-67. doi:10.1016/j.archger.2016.09.001
- Guerrero, J. G. (2019). Palliative nursing care as applied to geriatric: An integrative literature review. *Nursing and Palliative Care*, 4, 1-6. doi: 10.15761/NPC.1000199
- Hanratty, B., Hibbert, D., Mair, F., May, C., Ward, C., Capewell, S., . . . Corcoran, G. (2002). Doctors' perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. *Bmj*, 325(7364), 581-585. doi:10.1136/bmj.325.7364.581
- Harrison, C., Henderson, J., Miller, G., & Britt, H. (2017). The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *PLoS One*, 12(3), e0172935. doi: 10.1371/journal.pone.0172935
- Higginson, I. J. & Davies, E. (2004). *The solid facts: Palliative care*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Hirakawa, Y., & Uemura, K. (2010). Development of the Nagoya Graphical Symptom Scale for Elderly (NGSSE). *Japanese journal of geriatrics*, 47(3), 264-264.
- Hopp, F. P., Zalenski, R. J., Waselewsky, D., Burn, J., Camp, J., Welch, R. D., & Levy, P. (2016). Results of a Hospital-Based Palliative Care Intervention for Patients With an Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure. *J Card Fail*, 22(12), 1033-1036. doi:10.1016/j.cardfail.2016.04.004
- Jerant, A. F., Azari, R. H., Nesbitt, T. S., Meyers, F. J. (2004). The TLC model of palliative care in the elderly: Preliminary application in the assisted living setting. *Annals of Family Medicine*, 2(1), 54-60.

- Kite, S. (2006). Palliative care for older people. *Age Ageing*, 35(5), 459-460.
- Lloyd, A., Kendall, M., Carduff, E., Cavers, D., Kimbell, B., & Murray, S. A. (2016). Why do older people get less palliative care than younger people? *European Journal of Palliative Care*, 23(3), 132-137.
- Matzo, M. L. (2004). Palliative care: Prognostication and the chronically ill. *American Journal of Nursing*, 104(9), 40-49.
- Maureen, L., Constance, D., Todd, H., & Edward, C. (2011). Palliative Care Nursing: Defining the Discipline?. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(2), 106-111.
doi: 10.1097/NJH.0b013e3182075b6e
- McLean, G., Gunn, J., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G. C., Blane, D. N., & Mercer, S. W. (2014). The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*, 64(624), e440-447. doi:10.3399/bjgp14X680545
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. (2003). *Geriatric palliative care*. New York: Oxford University Press.
- National Statistical Health Office. (2014). *Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand*. Bangkok: Text and General Publication Limited.
- Nunes, B. P., Flores, T. R., Mielke, G. I., Thume, E., & Facchini, L. A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 67, 130-138. doi:10.1016/j.archger.2016.07.008
- O'Leary, N., & Tiernan, E. (2008). Survey of specialist palliative care services for noncancer patients in Ireland and perceived barriers. *Palliative Medicine*, 22(1), 77-83.
- Pal, L. M. & Manning, L. (2014). Palliative care for frail older people. *Clinical Medicine*, 14(3), 292-5.
- Panuthai, S., Srirat, C., Wonghongkul, T., Mesukko, J., Niyomkar, S., Gomutbutra, P., ... Popjunad, P. (2016). *Development of Good Death Index in upper northern Thai context*. Chiang mai: Chiangmai University.
- Tatum, P., Talebreza, S., Ross, J. S., & Wiedera, E. (2017). Palliative care and special management issues. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, S., Studenski, K. P. High, S., Asthana, M. A. Supiano, & C. Ritchie (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine* (7th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M., ... Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*, 9(7), e102149.
doi:10.1371/journal.pone.0102149
- Vliet, L.V., Antunes, B., & Higginson, I.J. (2015). Symptoms and trajectories experienced by older people approaching and at the end of life: implications for care. In L.V. den Block, G. Albers, S.M. Pereira, B. Onwuteaka-Phillipsen, R. Pasman & L. Deliens (Eds.), *Palliative care for older people: A public health perspective*. Oxford Scholarship Online.
doi: 10.1093/acprof:iso/9780198717614.003.0012

- Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, G. D., Büla, C., & Jox, R. J. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics*, 18(1), 220. doi:10.1186/s12877-018-0914-0
- Walshe, C., Todd, C., Caress, A., & Chew-Graham, C. (2009). Patterns of access to community palliative care services: a literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(5), 884-912.
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: Better Practices*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf?ua=1