

คำนำ

แนวปฏิบัติในการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้นำไปใช้ประโยชน์ เนื้อหาจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้นในอาการหรือปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ หากผู้อ่านมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อให้แนวปฏิบัติฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น คณะผู้จัดทำจักยินดีอย่างยิ่งและสามารถติดต่อได้ที่ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053 949093

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรกฎาคม 2553

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสำคัญที่เปลี่ยนแปลง	3
2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ข้อเคล็ด/ข้อแพลง	7
3. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเคลื่อน	9
4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกหัก	11
5. แนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	14
6. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการท้องเดิน	24
7. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง	26
8. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	30
9. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	32
10. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการหอบหืด	35
11. แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการชัก	38
12. แนวปฏิบัติในการผูกยึดผู้ป่วย	40
13. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	44
14. แนวปฏิบัติในการกู้ชีพ	56

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอาการสำคัญเปลี่ยนแปลง

สิ่งเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อย เช่น เศษอาหาร เมล็ดผลไม้ ฟันปลอม หลุดออก เป็นต้น ถ้าตกลงไปในทางเดินหายใจ อาจเกิดการอุดตันทำให้ลมหายใจเข้าออกลำบากและเป็นอันตรายได้ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะเอามือจับที่คอและไม่สามารถพูดได้ ถ้าไม่เอาสีงเปลี่ยนแปลงออกจะมีอาการขาดออกซิเจนได้แก่ ภาวะวณกระวาย หอบเหนื่อย หน้าเขียว เส้นเลือดบริเวณหน้าและคอโป่งออก และหมดสติในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้นอุดตันที่ทางเดินหายใจทั้งหมด ถ้าสิ่งเปลี่ยนแปลงติดที่กล่องเสียงจะมีอาการไอมากทันที เสียงแหบหรือไม่มีเสียง กลืนแล้วเจ็บและมีน้ำลายไหล

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

กรณีผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี

1. ผู้ช่วยเหลือยืนข้างหลังผู้ป่วยที่กำลังยืนอยู่ ใช้แขนโอบรอบเอวผู้ป่วย
2. ผู้ช่วยเหลือกำหมัดข้างหนึ่งวางลงบนเหนือสะดือผู้ป่วยเล็กน้อย

3. ผู้ช่วยเหลือใช้มืออีกข้างจับมือที่กำหมัดไว้ แล้วทำการอัดเข้าท้องแรง ๆ เร็ว ๆ ขึ้นไปข้างบน ทำคล้ายกับจะพยายามยกตัวผู้ป่วยขึ้น

4. อัดหมัดเข้าท้องซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง จนกว่าสิ่งแปลกปลอมหลุดออกมา (ถ้าไม่หลุดและผู้ป่วยหมดสติ ให้ช่วยเหลือตามกรณีผู้ป่วยหมดสติ)



ภาพที่ 1

หมายเหตุ สำหรับคนอ้วน ลงพุง ให้ทำการช่วยเหลือคล้าย ๆ กัน แต่ควรวางมือตรงตำแหน่งที่สูงกว่าคนทั่วไป คือ วางตรงลิ้นปี่และอัดหมัดเข้ายอดอกแทน ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 2

กรณีผู้ป่วยหมดสติ

1. จับผู้ป่วยนอนหงายลงบนพื้น
2. เปิดทางเดินหายใจให้โล่งโดยใช้มือยกคางขึ้น และกดศีรษะลง (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3

3. ตรวจสอบช่องปาก ถ้ามองเห็นสิ่งแปลกปลอมชัดเจนให้ใช้นิ้วค่อยๆ เขี่ยและเกี่ยวออกมา แต่ต้องระวังอย่าทำแรงหรือลึกเกินไป อาจทำให้สิ่งแปลกปลอมหลุดลึกเข้าไปอีก (ภาพที่ 4) ห้ามใช้นิ้วล้วง ถ้าสิ่งแปลกปลอมอยู่ลึกเกินไปหรือมองไม่เห็น เพราะจะเกิดอันตรายได้
4. เป่าปาก 2 ครั้งๆ ละ 1 วินาทีครึ่ง เพื่อทำการช่วยหายใจ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 4



ภาพที่ 5

5. รัดท้องอืดยอดอก 6 - 10 ครั้ง ในท่านอนหงาย
6. ตรวจดูช่องปาก ทำการเขี่ยและเกี่ยวสิ่งแปลกปลอมออก (ตามข้อ 3)
7. ถ้าสิ่งแปลกปลอมยังไม่ออก หรือผู้ป่วยยังหายใจไม่ได้ให้ ปฏิบัติตามข้อ 4-6 จนกว่าจะถึงโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2550).

การปฏิบัติการช่วยชีวิต. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา:

http://www.thaiheart.org/public/bls2001_2.html (13 พฤษภาคม 2553).

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2*.

กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพ็บลิชชิง.

BritishRedCross. (2010). *1st- Aid for Choking*. [Online]. แหล่งที่มา:

<http://www.redcross.org.uk/standard.asp?id=75052>

(13 พฤษภาคม 2553).

Harvard Medical School. (2010). *Emergencies and First Aid*. [Online].

แหล่งที่มา: <http://www.health.harvard.edu/fhg/firstaid/heimlichAd>

(13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่ข้อเคล็ด ข้อแพลง

ข้อเคล็ด ข้อแพลง หมายถึง การที่ข้อต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวมากเกินไป ทำให้เนื้อเยื่อหุ้มข้อ หรือเอ็นรอบ ๆ ข้อ รวมทั้งกล้ามเนื้อบริเวณข้อมีการฉีกขาดหรือซ้ำ

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณข้อหลังได้รับบาดเจ็บทันที ถ้าเคลื่อนไหวหรือใช้มือกดจะทำให้เจ็บมากขึ้น ไม่สามารถใช้งานข้อนั้น ๆ ได้อย่างปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย เพราะจะเจ็บปวดมาก หากมีอาการชาที่บริเวณข้อเคล็ด แสดงว่าเส้นประสาทบริเวณนั้นเกิดฉีกขาดด้วย

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

1. ประคบด้วยน้ำเย็นหรือน้ำแข็งทันทีหลังได้รับบาดเจ็บ และประคบหลาย ๆ ครั้งติดต่อกัน แต่แต่ละครั้งนาน 5-10 นาที และพัก 2-3 นาที เพื่อลดอาการปวดบวมและลดการตกเลือด ถ้าอาการบวมไม่เพิ่มขึ้น ก็หยุดประคบเย็นได้ ถ้ายังมีอาการบวมอยู่ให้ประคบต่อจนครบ 24 ชั่วโมงแรก

2. ให้ข้อที่บาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ หรือเคลื่อนไหวให้น้อยที่สุด โดยใช้ผ้าพันที่ยึดได้ (Elastic Bandage) พันรอบข้อนั้นให้แน่นพอควร เป็นการช่วยลดอาการบวม และทำให้ข้อนั้นอยู่นิ่ง

3. ยกข้อนั้นให้สูงขึ้น ถ้าเป็นข้อมือ ข้อศอก ข้อไหล่ ควรห้อยแขนไว้ด้วยผ้าคล้องคอ ถ้าข้อเท้าแพลงควรยกเท้าสูง อย่างนั่งห้อยเท้า
4. ถ้าปวด ให้รับประทานยาแก้ปวด ซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง
5. ภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้ว ถ้ายังมีอาการบวมให้ประคบด้วยน้ำร้อน หรือนวดด้วยยาหม่อง น้ำมันระกำ บาล์ม ฯลฯ ถ้ามีอาการปวดหรือบวมมาก ให้รีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ชนิสนันท์ รัตนเลิศธาดา. ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน กระดูกหัก. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://www.stdaffair.ru.ac.th/> (13 พฤษภาคม 2553).
ยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาการเรียนรู้อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
(2547). *การปฐมพยาบาล*. [ระบบออนไลน์]. *มศว.โลกทัศน์*, 1 (3).
แหล่งที่มา: <http://www.swu.ac.th/journal/swuvision/vln3/article07.htm> (13 พฤษภาคม 2553)
มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549). *ข้อเท้าเคล็ด ข้อเท้าแพลง*. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://www.doctor.or.th/node/1500>
(13 พฤษภาคม 2553).
National Institute of Arthritis and musculoskeletal and skin disease
(2009). *Sprains and Strains*. [Electronic version]. Retrieved from
http://www.niams.nih.gov/health_Info/Sprains_Strains/sprains_and_strains_ff.asp#i. (May 13, 2010).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีข้อเคลื่อน

ข้อเคลื่อน หมายถึง ภาวะที่ปลายกระดูก หรือหัวกระดูกของ อันที่มาชนกันประกอบขึ้นเป็นข้อ เคลื่อนออกจากตำแหน่งที่มันเคย อยู่ อาจมีการฉีกขาดของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณนั้น

สาเหตุ มีการกระทบกระแทกหรือเกิดอุบัติเหตุบริเวณข้อ หรือเกิดจากการเหวียง การบิด หรือถูกกระชากอย่างแรงที่ข้อนั้น เช่น ถูกรถชนอย่างแรง

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากบริเวณข้อที่ได้รับบาดเจ็บ บวมรอบ ๆ ข้อ มีอาการฟกช้ำร่วมด้วย กดเจ็บบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ รูปร่างของข้อเปลี่ยนไป อาจสั้นหรือยาวผิดปกติ เคลื่อนไหวไม่ได้ตาม ปกติ สีของบริเวณข้อเปลี่ยนไปจากเดิม

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย
2. อย่าพยายามดึงข้อที่เคลื่อนให้เข้าที่ด้วยตนเอง เพราะ อาจทำให้เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และเนื้อเยื่ออ่อนได้รับอันตราย จนไม่สามารถจะแก้ไขให้คืนดีได้ดั้งเดิม

3. ประคบด้วยความเย็น เพื่อลดอาการบวมและลดความเจ็บปวด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก
4. พันบริเวณที่ข้อเคล็ดให้อยู่นิ่ง ด้วยผ้ายืด (Elastic Bandage)
5. รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (บรรณาธิการ). (2548). *กระดูกหัก ข้อเคล็ด* ใน เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (หน้า 275-278).
กรุงเทพฯ: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
ชนิสันนท์ รัตนเลิศชาดา. *ข้อเคล็ด ข้อเคล็ด กระดูกหัก*.
[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.stdaffair.ru.ac.th/>
(13 พฤษภาคม 2553).
- Thomas. N. J., et. Al. (2008). *Dislocation*. [Electronic version].
Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000014.htm>. (May 13, 2010).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่กระดูกหัก

กระดูกหัก หมายถึง การที่เนื้อกระดูกแยกหรือขาดจากกัน เกิดจากแรงที่มากระทำเกินกว่าความแข็งแรงของกระดูกที่จะรับแรงนั้นได้ ทำให้กระดูกหัก

อาการและอาการแสดง

กระดูกหักจะตรวจพบอาการผิดปกติได้หลายประการ คือ ปวด บวม ผิดรูป และกดเจ็บบริเวณที่หัก ไม่สามารถ ยืน เดิน หรือ ใช้งานร่างกายส่วนนั้นได้ เมื่อมีการเคลื่อนไหวจะมีเสียงเสียดสีของกระดูก

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการได้รับอุบัติเหตุ เพื่อให้ทราบว่าจะเกิดได้อย่างไร ในท่าใด ระยะเวลาที่เกิด เพื่อประเมินความรุนแรงของแรงที่มากระทำ และตำแหน่งของกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บ
2. ตรวจร่างกายโดยเฉพาะบริเวณที่ได้รับอันตราย พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงว่ามีการบวม รอยฟกช้ำ หรือ จำเลือดบาดแผล ความพิการผิดรูปหรือไม่

3. ถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออกซึ่งควรใช้วิธีตัดตามตะเข็บ อย่าพยายามให้ผู้บาดเจ็บถอดเอง เพราะจะทำให้เจ็บปวดเพิ่มขึ้น

4. ห้ามเลือดถ้ามีบาดแผลเลือดออก โดยใช้ผ้าที่สะอาดกดบริเวณที่มีเลือดออกนาน อย่างน้อย 15 นาที

5. หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณที่กระดูกหัก ห้ามดึงกระดูกให้กลับเข้าที่ เพราะจะทำให้สิ่งสกปรกจากภายนอกกลับเข้าไปสู่บาดแผลได้

6. จัดหาอุปกรณ์ในการเข้าเฝือกชั่วคราวบริเวณที่กระดูกหัก เช่น ไม้ หรือกระดาษหนังสือพิมพ์พับให้หนา หมอน ร่ม กระดาน เสาค ฯลฯ รวมทั้งผ้าและเชือกสำหรับพันรัด (วัสดุที่ใช้ตามต้องยาวกว่าอวัยวะส่วนที่หัก โดยเฉพาะจะต้องยาวพอที่จะบังคับข้อต่อที่อยู่เหนือและใต้ บริเวณที่สงสัยว่ากระดูกหัก)

7. เข้าเฝือกชั่วคราว ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

7.1 ใช้ผ้า หรือ สำลีวางไว้ตลอดแนวเฝือก เพื่อไม่ให้เฝือกกดลงบนบริเวณผิวหนังโดยตรง ซึ่งทำให้เจ็บปวดและเกิดเป็นแผลจากเฝือกกดได้

7.2 มัดเฝือกกับอวัยวะที่หักให้แน่นพอควร ถ้ารัดแน่นจนเกินไปจะกดผิวหนังทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกเป็นอันตรายได้ โดยระวังอย่าให้ปมเชือกกดแผลเพราะจะเพิ่มความเจ็บปวดและเนื้อเยื่อได้รับอันตราย

7.3 ตรวจบริเวณที่หักเป็นระยะๆ เพราะอาจจะมีการบวมซึ่งจะต้องคลายเชือกที่ผูกให้แน่นน้อยลง

7.4 จัดบริเวณที่เข้าเฝือกให้อยู่ในท่าที่สุขสบายที่สุด
อย่าจัดกระดูกให้เข้ารูปเดิม ไม่ว่าจะกระดูกที่หักจะโค้ง โกง หรือ คด ก็
ควรเข้าเฝือกในท่าที่เป็นอยู่

8. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากสถานที่ที่มีอันตรายไปสู่ที่
ปลอดภัยหรือโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

บุญสิน บุรณะพาณิชย์กิจ. (2547). *การตามกระดูกหัก*. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
ไพจิตรต์ อัครนบตี, สมชาย อรรถศิลป์, และ กิตติ โตเต็มโชคชัยการ.

(2546). *พื้นฐานวิชาการโรคข้อและรูมาติสซั่ม ประจำปี 2546*.

กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

โรงเรียนพยาบาล กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ. (2553).

การปฐมพยาบาลกระดูกหักและข้อเคลื่อน. แหล่งที่มา:

[http://www.nmd.go.th/ncorps/link/Beach%20guard/image/
Fracture_Dislocation.htm](http://www.nmd.go.th/ncorps/link/Beach%20guard/image/Fracture_Dislocation.htm) (13 พฤษภาคม 2553).

Gibson, M. (2009). *Bone fracture*. [Electronic version].

Retrieved from http://wikidoc.org/index.php/Bone_fracture.

(May 13, 2010).

Victorian Department of Health's. (2010). *Bone fractures*.

[Electronic version]. Retrieved from [http://www.betterhealth.vic.
gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Bone_fractures](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Bone_fractures).

(May 13, 2010).

แนวปฏิบัติการป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุ

การหกล้ม หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของท่าทางโดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้สูญเสียการทรงตัวและล้มลง ร่างกายอาจกระทบ กระแทกกับสิ่งของที่อยู่ใกล้ตัว หรือทรุดลงไปนอนกับพื้น

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุเอง ซึ่งได้แก่
 - 1.1 การมองเห็นบกพร่อง เช่น เป็นต้อกระจก เป็นต้อหิน
 - 1.2 การได้ยินที่ลดลง เช่นหูตึง
 - 1.3 มีความเสื่อมของกระดูกและข้อ เช่น มีข้อเข่าเสื่อม สูญเสียทรงตัว มีภาวะกระดูกพรุน ร่วมด้วยโดยเฉพาะในเพศหญิง เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง
 - 1.4. มีความผิดปกติทางด้านจิตและพฤติกรรม เช่นไม่ดูแลเอาใจใส่ตนเอง ความจำเสื่อม การรับรู้และความเข้าใจลดลง การกลัวการหกล้ม และมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
 - 1.5. การได้รับยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยารักษาโรคหัวใจ และหลอดเลือด ยาระงับความซึมเศร้า และยารักษาโรคจิตเภทต่างๆ ซึ่งยาเหล่านี้มีผลทำให้ความตื่นตัวลดลง สูญเสียความสมดุลของร่างกาย และภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย

1.6 ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ความตึงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง มีการสูญเสียมวลกระดูก และความยืดหยุ่นของร่างกายลดลง

1.7 มีประวัติเคยหกล้ม หมายถึง มีการหกล้มตั้งแต่สองครั้งขึ้นไปซึ่งเกิดขึ้นในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา

2. ปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เช่น การวางสิ่งของเกะกะ เฟอร์นิเจอร์จัดวางไม่เป็นระเบียบ พื้นห้องลื่นหรือปูพรมไม่เรียบ และมีแสงสว่างไม่เพียงพอมีผลทำให้ผู้สูงอายุสะดุด ลื่น เสียการทรงตัว และหกล้มได้ง่าย

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

การป้องกันการหกล้มมีวิธีการดังต่อไปนี้

1. ประเมินโอกาสเสี่ยงที่ผู้สูงอายุจะเกิดการหกล้ม จากข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพทางจิต ท่าทาง การช้ยา สภาพด้านโภชนาการ สิ่งแวดล้อม ความรู้ ความสามารถในการป้องกันการหกล้ม

2. การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงภายใน ซึ่งสาเหตุจากปัจจัยภายในที่พบบ่อยคือ ภาวะกระดูกพรุน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเนื่องจากการสูงอายุ ภาวะของโรคและการช้ยาต่างๆ สำหรับวิธีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้แก่

2.1 ให้ผู้สูงอายุได้รับแคลเซียมอย่างพอเพียง คือต้องการแคลเซียมวันละ 1500 มก. โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงในวัยหมดประจำเดือน และอาหารที่มีแคลเซียมสูงได้แก่ นม โยเกิร์ต เนย ปลา หอยและผักบางชนิด เช่น บรอกคอลลี ถั่วเหลือง เต้าหู้ เป็นต้น

2.2 ให้ผู้สูงอายุได้รับวิตามินดีอย่างพอเพียงเพื่อช่วยในการดูดซึมของแคลเซียม

2.3 ลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และฟอสฟอรัส รวมทั้งดูแลให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

2.4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการทรงตัว เช่น Tai Chi

2.5 ระวังอุบัติเหตุในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น การเอื้อมหยิบจับของและการก้มตัว นอกจากนั้นแนะนำให้เปลี่ยนท่าอย่างช้า ๆ จับให้มั่นคงเท่าที่จะทำได้ เพราะผู้สูงอายุมีกระดูกเปราะบางและหักง่าย

2.6 ดูแลให้ผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมพอดีตัว สวมรองเท้าส้นเตี้ย หุ้มส้น ไม่มีเชือกผูก รองเท้าอยู่ในสภาพที่เรียบร้อย กางเกงหรือผ้าปูเตียงยาวพอเหมาะ

2.7 สังเกตความผิดปกติของการมองเห็นหรือการได้ยินอย่างสม่ำเสมอ

2.8 ระวังการใช้ยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ถ้าต้องใช้ติดต่อกันนาน ๆ ต้องศึกษาและสังเกตถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้เป็นประจำ ปรึกษาแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้มจากการใช้ยา

3. การจัดการกับปัจจัยภายนอก การป้องกันอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายนอก หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มควรแนะนำผู้สูงอายุและญาติในการปรับสภาพแวดล้อมของสถานที่ดังต่อไปนี้

3.1 ห้องอาบน้ำ

3.1.1 ติดราวจับไว้บริเวณอ่างอาบน้ำ หรือโถส้วม

3.1.2 ปูพรมกันลื่นที่พื้นห้องน้ำและในอ่างอาบน้ำ

3.1.3 ใช้หัวฝักบัวชนิดมีสายแทนชนิดที่ติดผนัง

3.1.4 อาจต้องตั้งเก้าอี้สำหรับอาบน้ำ

3.2 ห้องนอน

3.2.1 ติดตั้งไฟหัวเตียงและติดสวิทช์ที่สะดวกในการปิด-เปิด รวมถึงดูแลให้ภายในห้องมีแสงสว่างเพียงพอ

3.2.2 ติดตั้งโทรศัพท์ไว้ใกล้เตียง

3.2.3 อาจต้องติดราวกันเตียงที่แข็งแรง หรือใช้เตียงที่สามารถปรับความสูงของเตียงให้ลุก-นั่งได้ง่าย

3.3 ห้องครัว

3.3.1 เก็บอุปกรณ์ที่ต้องใช้บ่อยไว้ในตำแหน่งที่หยิบจับได้ง่าย

3.3.2 ไม่ควรมีสายไฟ อุปกรณ์หรือเฟอร์นิเจอร์วางเกะกะบนพื้น

3.3.3 ไม่ควรลงซีเมนต์หรือน้ำมันขัดพื้นเพราะจะทำให้ลื่น

3.3.4 ระวังระวังและดูแลการใช้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหารอย่างสม่ำเสมอ

3.3.5 ใช้บันไดหรือที่เหยียบที่แข็งแรงเมื่อต้องเอื้อมหยิบของบนชั้น

3.4 บันไดและบริเวณภายในบ้าน

3.4.1 ดูแลให้ภายในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะตอนกลางคืน แต่ไม่ควรให้แสงจ้าเกินไป

3.4.2 ใช้สีพื้นต่างกันหากระดับของพื้นไม่เท่ากัน

3.4.3 บริเวณบันไดมีราวจับที่แข็งแรง

3.4.4 หากมีการปูพรมหรือเสื่อที่พื้น ต้องระวังการลื่นและสะดุดพรมหรือเสื่อ โดยเฉพาะการทรงตัวของขอบเสื่อและพรม

3.4.5 ติดตั้งโทรศัพท์ภายในบ้านไว้หลายๆ ที่ และเขียนเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินไว้

3.4.6 จัดเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องและทำประตูให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย ไม่มีการวางเฟอร์นิเจอร์เกะกะบนพื้น ไม่ควรใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ติดล้อ

3.5 บริเวณภายนอกหรือรอบบ้าน

3.5.1 ดูแลซ่อมรอยแตกของทางเดินหรือขอบทางเดินให้เรียบร้อยอยู่เสมอ

3.5.2 ตัดเล็มต้นไม้ที่อยู่ข้างทางเดินไม่ให้เกะกะ

3.5.3 รักษาความสะอาดของบริเวณที่ผู้สูงอายุใช้เดิน ไม่ควรมีเศษใบไม้ กิ่งไม้ ก้อนหินหรือวางเครื่องมือต่างๆ ไว้ระเกะระกะ

การดูแลภายหลังการหกล้ม

1. ดูแลให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยพักบนเตียง
2. ประเมินด้านร่างกาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม โดย ประเมินภายหลังการหกล้มทันที และต้องประเมิน/สังเกตอาการภายใน 48 ชั่วโมงภายหลังการหกล้ม
3. ประเมินสัญญาณชีพ เช่น อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต

การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพสัมพันธ์โดยตรงกับพยาธิสภาพของสมอง การสังเกตและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิร่างกายเป็นระยะ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพราะสมองบางส่วนเป็นศูนย์กลางในการควบคุมการหายใจ การไหลเวียนและความดันโลหิต รวมทั้งอุณหภูมิของร่างกาย เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จะทำให้มีปฏิกิริยาโต้ตอบคือ ตรวจพบว่าชีพจรช้าลง ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น ความดันชีพจรกว้างขึ้น จังหวะและลักษณะการหายใจอาจผิดปกติ เป็นต้น

3.1 ประเมินระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบประสาทในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย จะต้องประเมินจากหลายด้านรวมกัน ได้แก่ ความสามารถในการลืมตา ความสามารถในการสื่อสารภาษาที่ดีที่สุด และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด

- ความสามารถในการลืมตา เพื่อดูกลไกการทำงานของศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวว่ามีกระตือรือร้นที่จากพยาธิสภาพของสมองหรือไม่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ลืมตาได้เอง ลืมตาเมื่อเรียก ลืมตาเมื่อเจ็บ และไม่ลืมตาเลย

- ความสามารถในการสื่อสารภาษาที่ดีที่สุด ได้แก่
 - ก. พูดคุยได้ไม่สับสน ผู้ป่วยสามารถบอกเวลาสถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง

- ข. พูดคุยได้แต่สับสน ผู้ป่วยสามารถพูดคุยโต้ตอบได้ แต่ถูกบ้าง ผิดบ้าง มีอาการสับสนในบางครั้ง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองครบครัน สิ่งแวดล้อม และสถานที่ผิดไป

- ค. พูดเป็นคำๆ ผู้ป่วยพูดเป็นประโยคไม่ได้ ออกเสียงเป็นคำสั้นๆ อาจเป็นคำสับหรือคำที่ไม่มีความหมายซึ่งไม่ใช่คำสนทนา และมักเป็นคำพูดเมื่อถูกกระตุ้นที่ร่างกายมากกว่ากระตุ้นด้วยเสียง

- ง. ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยไม่ได้ตอบด้วยคำพูดเลย มีแต่เสียงในลำคอ เช่น ส่งเสียงคราง หรือเสียงร้อง เป็นต้น

- จ. ไม่ออกเสียงเลย ผู้ป่วยจะไม่มีเสียงตอบสนองเลย แม้ได้รับการกระตุ้นซ้ำๆ กันเป็นเวลานานแล้วก็ตาม

- ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด

ก. ทำตามคำสั่ง ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ โดยใช้คำสั่งง่าย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทำ แสดงท่าทาง หรือการเขียน เช่น ให้ลืมตา หลับตา ยกมือขึ้นเหนือลำตัว หรือให้กำนิ้วชี้และนิ้วกลางของผู้ตรวจทั้งสองข้างให้แน่นที่สุด และบอกให้คลายออก ทำซ้ำ ๆ กัน อย่างน้อย 2-3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยสามารถกำนิ้วผู้ตรวจตามคำสั่งได้ จะเป็นการทดสอบสองลักษณะในขณะเดียวกัน คือ ดูการทำตามคำสั่ง และกำลังของกล้ามเนื้อไปพร้อม ๆ กัน

ข. ทราบตำแหน่งที่เจ็บ ผู้ป่วยไม่ทำตามคำสั่ง และเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยสามารถยกมือขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บปวดเพื่อเอาสิ่งที่ทำให้เจ็บออก หรือยกมือขึ้นมาถึงระดับคาง เมื่อกดบนกระบอกตาระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง ถ้าผู้ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีกควรกระตุ้นซีกที่เป็นอัมพาต เพื่อจะได้สังเกตเห็นการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่ดีได้ชัดเจน

ค. ชักแขน ขาหนี เมื่อเจ็บ ผู้ป่วยไม่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ มีการตอบสนองอย่างรวม ๆ เช่น ดึงมือพร้อมเท้าหนีเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด หรือเมื่อใช้ด้ามดินสอกดบริเวณโคนเล็บมือ ก็ขยับแขน กดบริเวณเล็บเท้าก็ขยับขา เป็นต้น

ง. แขนงอเข้าหาตัวเมื่อเจ็บ ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การเกร็งของแขนจะงอบริเวณข้อศอก ข้อมืองอเข้าหาตัวและนิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ

จ. แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแนบเข้าหาลำตัว ข้อศอกเหยียด เกร็งชิดลำตัว ข้อไหล่หมุนเข้าหาลำตัว ข้อมือหันออกจากลำตัว นิ้วมือกำลงบนหัวแม่มือ

ฉ. ไม่มีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะไม่สนองตอบต่อความเจ็บปวดเลย อาจมีหรือไม่มีการกระตุกของนิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งเป็นการตอบสนองโดยรีเฟล็กซ์เท่านั้น

3.2 ประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ คอ กระดูกสันหลัง และ/หรือการบาดเจ็บที่แขนหรือขา

3.3 หากพบบาดแผล หรือสงสัยว่ามีกระดูกเคลื่อน กระดูกหัก ให้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป

3.4 บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน

4. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน เพื่อประเมินสาเหตุของการหกล้ม หากเป็นไปได้ให้เริ่มภายใน 24 ชั่วโมงของการหกล้ม

5. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้มจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือผู้เห็นเหตุการณ์ แล้วบันทึกไว้

6. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม เช่น กิจกรรม เวลา และอาการที่สำคัญ

เอกสารอ้างอิง

ทศพร คำผลศิริ. (เมษายน, 2553). *การหกล้มในผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการบรรยาย โครงการฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านปางก๊าด ตำบลอินทขิล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ (หน้า 44-48). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

National Guideline Clearinghouse. (2008). *Preventing falls in acute care. In Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.guideline.gov>. (13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอาการท้องเดิน

ท้องเดิน (ท้องร่วง ท้องเสีย อุจจาระ) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยถ่ายเป็นน้ำหรือถ่ายเหลวมากกว่าวันละ 3 ครั้ง หรือถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือดเพียงครั้งเดียว

อาการ ขึ้นกับสาเหตุที่เป็น โดยทั่วไปจะมีอาการปวดท้อง ถ่ายเป็นน้ำหรือถ่ายเหลวบ่อยครั้ง อาจมีไข้ หรือ คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย หรืออาจถ่ายเป็นมูก หรือ มูกปนเลือด

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

1. งดอาหารแข็ง อาหารรสจัด และอาหารที่มีกากใย (เช่น ผัก ผลไม้)
2. กินอาหารอ่อน หรือ อาหารเหลว เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำข้าว น้ำหวานแทน
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังกินได้ ไม่อาเจียน หรืออาเจียนเพียงเล็กน้อย ให้ดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ต่างน้ำบ่อยๆ (ผสมในน้ำสุกตามปริมาณที่ได้แนะนำไว้ข้างซอง) ครั้งละ ½ - 1 ถ้วย (250 มล.) หรือใช้น้ำเกลือผสมเอง
4. ไม่ควรรับประทานยาแก้ท้องเดินก่อนได้รับการตรวจจากแพทย์ เพราะถ้าท้องเดินมีสาเหตุจากอาหารเป็นพิษ หรือ อาหารเป็นพิษจากเชื้อโรค การใช้ยาแก้ท้องเดินอาจทำให้เกิดโทษได้

5. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ถ้ามีอาการปวดท้องรุนแรง อาเจียนรุนแรง อ่อนเพลียมาก หน้ามืด เป็นลม หรือ อาการอย่างหนึ่งอย่างใด ควรส่งโรงพยาบาลโดยด่วน

หมายเหตุ

อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยดีขึ้น ได้แก่ ถ่ายและอาเจียนน้อยลง ปัสสาวะออกมากขึ้น หน้าตาแจ่มใส ลูกนั่งได้

เอกสารอ้างอิง

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2*.

กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงมี 3 ระดับ คือ

- ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระดับน้อย ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159 / 90-99 มม.ปรอท
- ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160-179 / 100-109 มม.ปรอท
- ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 180-209/110-119 มม.ปรอท
- ระดับที่ 4 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงมาก ค่าความดันโลหิตมากกว่า 210/120 มม.ปรอท

แนวทางในการปฏิบัติ

1. ประเมินอาการและอาการแสดง

ความดันโลหิตสูงระดับ 1 ถึง 2 มักไม่มีอาการอะไร แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ หากเป็นความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง จะมีอาการดังนี้

1.1 มีอาการปวดศีรษะ มึนงง โดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอย เป็นในตอนเช้า หากความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเร็วและสูงมากจะมีอาการคลื่นไส้ และตาพร่ามัวร่วมด้วย

1.2 เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย อาจมีชาหรืออ่อนแรง บวมที่เท้าในช่วงบ่าย

1.3 บางรายมีอาการใจสั่นร่วมด้วย

2. การดูแล

2.1 หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงควรดูแลให้ได้รับการพักผ่อน นอนในท่าที่สุขสบายหลีกเลี่ยงการมีเสียงรบกวน

2.2 หากมีอาการรุนแรง

- วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยนอนหลับ

- สังเกตอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด

- แนะนำให้พักผ่อนและทำกิจกรรมบนเตียง ห้ามลุกเดินไปห้องน้ำ

- ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

2.3 ดูแลให้รับประทานยา

- หากผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นประจำ ให้ติดตามการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งติดตามค่าความดันโลหิต

- กรณีได้รับยาขับปัสสาวะให้บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกร่างกาย

2.4 กรณีที่มีอาการบวมให้สังเกตอาการบวมตามร่างกาย และชั่งน้ำหนักทุกวันเพื่อประเมินอาการบวมว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2.5 กรณีปวดศีรษะ ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ปวดศีรษะมากขึ้น เช่น ไอ เบ่ง อุจจาระ ก้ม

2.6 กรณีความดันโลหิตสูงไม่ลดลงหลังให้การดูแล และมีอาการรุนแรงควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

แนวทางป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง

1. วัดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง อาจทำเป็นประจำทุกวัน หรือตามความเหมาะสม

2. ออกกำลังกาย วันละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3-6 ครั้ง/สัปดาห์

3. ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่

4. ลดความเครียด

5. ลดน้ำหนัก ให้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ไม่เกิน 23 กก./ตารางเมตร โดยคำนวณจาก

น้ำหนัก (กก.)

ส่วนสูง (เมตร)²

6. รับประทานยาตามแพทย์สั่งและพบแพทย์สม่ำเสมอ

7. หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด รับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และลดปริมาณไขมันรวมในมื้ออาหาร

เอกสารอ้างอิง

เพิ่มพูล ธรรมเจริญ. ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://stouhealth.org>. (13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและไม่พบกรดคีโตนคั่ง มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ค่อยดี
2. ประเภทภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีกรดคีโตนคั่ง สาเหตุอาจเกิดจากขาดการฉีดอินซูลิน หรือได้รับยาไม่เพียงพอ ภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น

แนวทางในการปฏิบัติ

1. ประเมินอาการและอาการผู้ป่วย ซึ่งมีอาการดังนี้
 - 1.1 กระหายน้ำมาก คลื่นไส้ ปัสสาวะบ่อยและมากผิดปกติ โดยเฉพาะเวลากลางคืน
 - 1.2 อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด
 - 1.3 ตาพร่ามัว
 - 1.4 ซึม อาจหมดสติ หรือมีอาการชักกระตุกเฉพาะที่
 - 1.5 รายที่มีน้ำตาลสูงและมีกรดคีโตนคั่ง ลมหายใจจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ หายใจหอบเหนื่อย หอบลึก อาจช็อคหรือหมดสติได้

2. ให้การดูแลโดย
 - 2.1 ดื่มน้ำเปล่ามากๆ ในรายที่รู้สึกตัว
 - 2.2 หากมีเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ให้ทำการเจาะเลือดดูระดับน้ำตาลในเลือดว่าสูงเท่าใด
 - 2.3 กรณีไม่แน่ใจ ควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล
 - 2.4 หากมีอาการรุนแรงมาก ควรนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วน
3. การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
 - 3.1 ควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 3.2 รับประทานยา หรือฉีดอินซูลินอย่างเคร่งครัด
 - 3.3 ตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์พยาบาล
 - 3.4 ตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลกรุงเทพ.(2553). ภาวะน้ำตาลสูง-ต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http:// www.bangkokhealth](http://www.bangkokhealth). (13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ลงมา หรือ ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยเบาหวานบางราย

สาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจเกิดจาก

1. การได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากเกินไป
2. การฉีดยาหรือรับประทานยาเบาหวานไม่ถูกเวลา
3. การได้รับอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากเกิดความเจ็บป่วย และยังคงรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่
4. การงดรับประทานอาหารในบางมื้อในขณะที่รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่
5. การใช้แรงหรือออกกำลังกายมากเกินไป
6. การดื่มสุรา

แนวทางในการปฏิบัติ

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งมีอาการดังนี้

- อาการที่เกิดจากการกระตุ้นของประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีอาการใจสั่น หวิว ๆ มือไม้สั่น เหงื่อแตก คล้ายกับเวลาหิวข้าว

- อาการที่เกิดจากภาวะสมองขาดกลูโคส หากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่มากอาการจะไม่ค่อยชัดเจน แต่ถ้าอยู่ในระดับที่ต่ำมากจะมีอาการมึนงง อ่อนเพลีย

- ในกรณีต่ำมาก อาจจะต่ำถึง 30 - 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการซึม พูดไม่รู้เรื่อง พูดอ้อแอ้ และอาจทำให้ชักหมดสติ ซึ่งถือว่าเป็นอันตราย

2. หากมีเครื่องตรวจสอบน้ำตาลให้รีบเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อตรวจดูน้ำตาลในเลือด

3. หากมีอาการที่ชวนสงสัยว่าเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้ายังรู้สึกตัวดี ควรรีบให้รับประทานน้ำตาล โดยเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้คือ

- น้ำตาลทราย 2 - 4 ช้อนชา หรือ 1 ช้อนโต๊ะ
- น้ำตาลก้อนสำหรับชงกาแฟ 2 ก้อน
- ทอฟฟี่ 2 เม็ด
- น้ำหวาน นม น้ำผลไม้ หรือน้ำอัดลม ครึ่งแก้ว
- ส้ม หรือกล้วยน้ำว้า 1-2 ผล

หลังจากรับประทานของหวานแล้วให้นั่งพักสักครู่ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 15 นาที ให้รับประทานของหวานซ้ำ ถ้ายังไม่ดีขึ้นอีก ควรรีบพาไปพบแพทย์

4. หากหมดสติ ห้ามให้ลูกอมหรือดื่มน้ำหวาน เพราะอาจทำให้สำลักได้ และรีบแจ้งแพทย์ พยาบาลที่ดูแล หรือรีบส่งโรงพยาบาลเพื่อฉีดกลูโคสเข้าหลอดเลือดดำ
5. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยารักษาเบาหวานอยู่ ควรดยาเบาหวานไปก่อน

เอกสารอ้างอิง

- ภาวณา กิริติยุทธวงศ. (2548). *ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกับโรคเบาหวาน*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.uniserv.buu.ac.th> (13 พฤษภาคม 2553).
- โรงพยาบาลกรุงเทพ.(2553). *ภาวะน้ำตาลสูง-ต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.bangkokhealth>. (13 พฤษภาคม 2553).
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 (2551). *ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ*. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://dpc11.ddc.moph.go.th> (13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอาการหอบหืด

อาการหอบหืดหรือที่เรียกกันว่าโรคหลอดลมอักเสบจากภูมิแพ้ เกิดจากร่างกายได้รับสารกระตุ้นหรือสารก่อภูมิแพ้ จะกระตุ้นให้เกิดอาการไอ หอบเหนื่อย หายใจขัด แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด เกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม หรือขณะเป็นไข้หวัด หากดูแลไม่ดีจะเกิดอาการแทรกซ้อนตามมา เช่น นอนกรน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลช่วยเหลือมีดังต่อไปนี้

1. ดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์และแข็งแรงอยู่เสมอ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทุกประเภท รวมทั้งผักและผลไม้ ออกกำลังกายเป็นประจำ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
2. ดูแลสุขภาพของฟันและช่องปากให้ดี ควรไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เนื่องจากสุขภาพของฟันและเหงือกที่ไม่ดี เช่น มีคราบหินปูนจะเป็นเสมือนแหล่งแพร่เชื้อโรคทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ซึ่งอาจกระตุ้นทำให้หอบได้
3. ดูแลสุขภาพจิตให้สดชื่น แจ่มใส พยายามป้องกันอาการเครียด เศร้า โกรธ หรือกังวล อาจทำให้อาการของโรคมากขึ้น
4. รักษาความสะอาด เครื่องนอน ที่นอน หมอน ผ้าห่ม มุ้ง ผ้าคลุมเตียง นำมาตากแดด แสงแดดจะฆ่าไรฝุ่นให้ลดจำนวนลงได้

5. รักษาความสะอาดห้องหรือสถานที่ต่าง ๆ ไม่ให้อับชื้น เชื้อราจะเกิดได้จากความชื้น หรือบริเวณอับในที่พักอาศัย เช่น ห้องน้ำ ผนังห้องครัว บริเวณฝนตกมีน้ำขัง เศษหญ้า หรือใบไม้ที่ทับถม อากาศไม่ถ่ายเทแสงแดดส่องไปไม่ถึง อาจจะทำให้ความสะอาดหรือใช้น้ำยาฆ่าเชื้อรา ทำความสะอาดเพื่อลดการเกิดสารกระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ได้

6. หลีกเลี่ยงอย่าสัมผัสกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการโดยใช้วิธีสังเกตว่า สัมผัสกับอะไร อยู่ในสิ่งแวดล้อมใดหรือรับประทานอะไรแล้วมีอาการ ควรหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น เช่น

6.1 ฝุ่น ไม่ควรเข้าไปใกล้บริเวณที่มีฝุ่นมากใช้ผ้าปิดปาก จมูก หรือสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น

6.2 สัตว์ที่มีขน เช่น สุนัข แมว หนู กระจ่าย เป็ด และอื่น ๆ ที่อาจสัมผัสหรือหายใจเอาขนของสัตว์เหล่านี้เข้าไป ไม่ควรคลุกคลีหรือนำเข้ามาอาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้ สัตว์เลี้ยงที่แนะนำให้เลี้ยงได้แก่ การเลี้ยงปลา เป็นต้น

6.3 ละอองเกสรต้นไม้ ดอกไม้สด หญ้าหรือวัชพืช ที่อาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้

6.4 สารระคายเคืองต่างๆ เช่น ควันทูหรือ ควันทูรูป กลิ่นสี น้ำหอม เป็นต้น

7. กำจัดสัตว์และ แมลงสาบ มด แมลงวัน ยุง ฯลฯ แห่ลงเพาะพันธุ์ หรือที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดอาการแพ้ได้ จากสิ่งขับถ่ายที่อาจเกิดสารก่อภูมิแพ้

8. การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ (ยาที่ใช้ประจำสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด) เช่น ยารับประทาน ยาสูด หรือพ่นคอ การใช้ควรีใช้อย่างถูกต้อง ถูกวิธี ซึ่งยาจะช่วยบรรเทาอาการได้ในเบื้องต้น และใช้ยาอย่างระมัดระวังตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

เอกสารอ้างอิง

ประภาพร พรสุริยะศักดิ์ และ ปารยะ อาศนะเสน. *โรคหอบหืด*.

(เอกสารแผ่นพับ). หน่วยโรคระบบการหายใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสาขาโรคจมูกและโรคภูมิแพ้ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการชัก

การชัก คือ การที่ร่างกายของบุคคลมีอาการสั่นเกร็งขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจกระตุก คือ มีเกร็งสลับกับผ่อนคลายเป็นจังหวะ และไม่สามารถควบคุมได้ การชักเกิดจากการเกิดคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติขึ้นในสมอง และกระตุ้นให้เกิดการกระตุกผิดปกติของกล้ามเนื้อตามมา

แนวปฏิบัติการดูแลเบื้องต้น

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนลงกับพื้นในบริเวณที่ปลอดภัย ไม่ควรมีเฟอร์นิเจอร์ หรือวัตถุแหลมคม ที่ผู้ป่วยอาจไปกระทบกระแทกได้ขณะมีอาการชัก
2. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อป้องกันทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน และป้องกันการสำลักอาหารลงปอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง ที่จะอาเจียน
3. จัดเสื้อผ้าผู้ป่วยให้หลวมๆ โดยเฉพาะบริเวณลำคอไม่ควรจะรัดมากเกินไป
4. ไม่ใช่แรงกดบริเวณอวัยวะที่ชักเกร็งเพื่อป้องกันกระดูกหัก ให้ใช้มือประคองแทนและระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยกระแทกของแข็ง และห้ามผูกตรึงผู้ป่วย

5. ห้ามนำวัตถุใดๆ รวมถึงนิ้วมือของผู้ช่วยเหลือใส่ในปากของผู้ป่วยระหว่างฟันบนและล่าง เพราะวัตถุที่ใช้ในการช่วยเหลืออาจทำให้เกิดแผลในปากผู้ป่วยได้ และนิ้วของผู้ช่วยเหลืออาจขาดได้
6. ห้ามเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะกำลังชักเกร็ง ยกเว้นกรณีชักอยู่ในบริเวณที่ไม่ปลอดภัย
7. ห้ามให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทางปากจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดชักและตื่นดีแล้ว เพราะอาจเกิดการสำลักอาหารหรือน้ำลงปอดได้
8. เช็ดตัวลดไข้กรณีเป็นการชักจากมีไข้สูง

บรรณานุกรม

ศูนย์กู้ชีพนเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี. (2551). การพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยชักเกร็ง. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.narenthorn.or.th/node/79> (13 พฤษภาคม 2553).

แนวปฏิบัติ ในการผูกยึดผู้ป่วย

การผูกยึดร่างกาย หมายถึง การใช้อุปกรณ์ วัสดุ เครื่องมือ ผูกติดกับร่างกายของบุคคล โดยที่ผู้ถูกยึดไม่สามารถควบคุมเองได้ หรือไม่สามารถแกะหรือถอดออกได้โดยง่าย การผูกยึดร่างกายดังกล่าว เป็นการจงใจที่จะป้องกันไม่ให้คุณคนสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามที่บุคคลนั้นต้องการ และ/หรือตามที่ร่างกายของบุคคลสามารถทำได้

เกณฑ์การพิจารณาการผูกยึด

1. จะใช้ต่อเมื่อได้มีการพยายามให้การดูแลด้วยวิธีอื่นๆ แล้ว แต่ไม่สัมฤทธิ์ผล เช่น การพยายามทบทวนวัน เวลา สถานที่บ่อยๆ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม การให้ญาติมาอยู่ด้วย การเบี่ยงเบนความสนใจ อธิบายพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น
2. สามารถทำได้หลังจากได้รับการประเมินโดยพยาบาล วิชาชีพและ/หรือแพทย์ก่อน แล้วพบว่ามีความจำเป็นหรืออาการดังต่อไปนี้
 - 2.1 ผู้ที่ถูกผูกยึดร่างกายที่ไม่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ไม่สมบูรณ์และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น มีอาการป่วยทางจิตเวช หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่อยู่นิ่ง หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.2 ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ขาดความสามารถรักษาอาการก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

แนวทางในการปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วย

แพทย์หรือพยาบาลประเมินพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น

บันทึกเหตุผลความจำเป็นของการผูกยึด รวมถึงการดูแลรักษาวิธีอื่นที่ได้ให้กับผู้ป่วยแล้ว แต่ไม่สัมฤทธิ์ผล

2. ให้ข้อมูลและขอความยินยอม โดยแพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลของการผูกยึดรวมทั้งอธิบายถึงการดูแลรักษาวิธีอื่นที่ได้พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยแต่ยังไม่สัมฤทธิ์ผล

3. การเตรียมการ

เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึด ได้แก่ ผ้าผูกยึดข้อมือ ข้อเท้า และผ้าผูกยึดลำตัว ซึ่งควรเป็นผ้าที่แข็งแรง และนุ่ม

ทีมผู้ทำหน้าที่ในการผูกยึด ต้องมีผู้นำทีมที่ทำหน้าที่มอบหมายให้สมาชิกในทีมปฏิบัติ มีการตกลงร่วมกัน และมีการปฏิบัติในทางเดียวกัน ผ่านการประสานนิเทศในการใช้อุปกรณ์ในการผูกยึดอย่างถูกต้อง

4. ข้อปฏิบัติ

ปฏิบัติตามวิธีการใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้องตามที่ผู้ผลิตระบุไว้ ควรใช้วิธีการผูกยึดน้อยที่สุด ตำแหน่งผูกยึด ได้แก่

4.1 ข้อมือหรือข้อเท้า ซึ่งการผูกยึดอาจเป็น จุดเดียว คือ ข้อมือหรือข้อเท้าข้างเดียว หรือผูกยึดแบบ 2 จุด คือ ข้อมือหรือข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง

4.2 บริเวณลำตัว

5. การดูแลระหว่างการผูกยึด

5.1 หลีกเลี่ยงการแยกผู้ที่ถูกผูกยึดไว้ตามลำพัง

5.2 บันทึกเวลาที่เริ่มการผูกยึดผู้ป่วย

5.3 ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลต่อไปนี้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

- บันทึกสัญญาณชีพ พฤติกรรมของผู้ป่วย
- สังเกตและบันทึก สีผิว/ลักษณะของผิวหนัง หรือ สีของอวัยวะที่อยู่ปลายทางจากตำแหน่งที่ได้รับการผูกยึด การคลายจุดผูกยึด

- ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของส่วนต่าง ๆ ของผู้ป่วย (แขน ขา ลำตัว ศีรษะ)

- บันทึกการประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลของความจำเป็นในการผูกยึดต่อเนื่องทุก 8 ชั่วโมง ถ้ายังมีข้อบ่งชี้ซ้ำถึงเหตุผลการผูกยึดให้ผูกยึดต่อ

5.4 ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

- ดูแลความสะอาดในช่องปากและผิวหนัง
- มีการจัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
- มีการคลายเสื้อผ้าของผู้ป่วยให้หลวมสบาย
- ดูแลให้อาหารและน้ำดื่ม

- ดูแลเรื่องการขยับถ่าย
 - จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเมื่อผูกยึดผู้ป่วยแล้ว
- เช่น การวางเครื่องใช้ที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

5.5 การยุติการผูกยึด

- แพทย์และ/หรือพยาบาลประเมินผู้ป่วยว่ายังมีพฤติกรรม หรืออาการที่ยังมีข้อบ่งชี้ของการผูกยึดหรือไม่ ถ้าไม่มีให้อธิบายผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลการตัดสินใจยุติการผูกยึดคลายการผูกมัดทีละจุด แล้วประเมินผู้ป่วยซ้ำ
- แพทย์และ/หรือพยาบาลบันทึกเหตุผลหรือหลักฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการผูกยึดรวมถึงเวลาที่คลายการผูกยึด

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลแม่สะเรียง.(2551). *แนวทางการปฏิบัติการผูกยึดผู้ป่วย* [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.mrh.moph.go.th> (13 พฤษภาคม 2553).
- รัตนาวดี ขอนตะวัน. (2002). *การผูกยึด-ตอนที่ 1: การใช้การผูกยึดในโรงพยาบาลและสถานพักฟื้น*. ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เอกสารแปล *Best Practice Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals 6 (3);1-8*. www.si.mahidol.ac.th/th/sic/admin/news_files/292_19_1.pdf

แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่นาน อวัยวะที่สำคัญของร่างกายทำงานไม่ได้ตามปกติ แพทย์บอกว่าไม่สามารถรักษาให้หายได้และอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค สำหรับการดูแลในวาระสุดท้ายในชีวิตไม่มีสูตรตายตัว แต่ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย จึงเป็นการดูแลแบบองค์รวมของชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานะของโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิตและความตาย ภาวะเศรษฐกิจ พื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นทั้งทางกายที่เป็นความเจ็บปวดและความทุกข์ทางใจที่มีแต่ความกลัว ความกังวล ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดควรให้การบรรเทาความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณค่าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ด้วยการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณไปพร้อม ๆ กันอย่างกลมกลืน ดังนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยต้องการให้ร่างกายสะอาด ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า จึงควรดูแลปาก ฟัน ตา ผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ โดย

- เช็ดตัวให้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทำซ้ำเมื่อมีเหงื่อออกมาก

- ทำความสะอาดช่องปากอย่างน้อย ทุก 4 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารในรายที่รับประทานอาหารได้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณช่องปากและช่องคอ

- เช็ดตาด้วยสำลีชุบน้ำเกลือหรือน้ำต้มสุก

- ดูแลผิวหนังให้สะอาด ทาโลชั่นและนวดเพื่อเพิ่มการไหลเวียนและความแข็งแรงของผิว

- ล้างและเช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น หรือภายหลังอุจจาระปัสสาวะ

1.2 การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

1.2.1 กรณีใส่สายสวนปัสสาวะ ควรดูแลดังนี้

- ไม่ให้สายสวนหักพับงอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลออกได้สะดวก

- ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่าลำตัวเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ

- ซ้ำระล้างทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สายสวนและผิวหนังโดยรอบด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างอ่อนหรือสบู่ และซับให้แห้ง ภายหลังการอุจจาระแล้ว

- สังเกตสี ปริมาณ และลักษณะปัสสาวะ และบันทึกไว้

1.2.2 กรณีกลั้นปัสสาวะไม่ได้

- ควรเปลี่ยนผ้ารองปัสสาวะบ่อยๆ เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก และเชื้อโรคที่สะสมตามผิวหนัง

- ทาครีม วาสลินบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และ
กัน เพื่อป้องกันปัสสาวะระคายเคืองผิวหนัง

1.2.3 กรณีท้องผูก

- ให้ได้รับน้ำเข้าร่างกายมากเพียงพอ เพื่อให้
อุจจาระไม่แข็งมาก
- กระตุ้นให้เคลื่อนไหว กรณีที่ยังเคลื่อนไหวได้
- รับประทานอาหารที่มีกากใยในจำนวนที่พอ
เพียง
- ให้ยาระบายตามแผนการรักษา ถ้าไม่ถ่าย
อุจจาระ

1.2.4 การกลั้นอุจจาระไม่อยู่

- ดูแลผิวหนังบริเวณกัน เพราะผิวหนังบริเวณ
กันถูกทำลายได้ง่ายจากการระคายเคืองของอุจจาระ จึงควรดูแล
ผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ
- ควรทาผิวหนังด้วยวาสลิน หรือสารป้องกันการ
การระคายเคือง
- ควบคุมกลิ่น รักษาความสะอาด และดูแลให้
อากาศถ่ายเทดีเพื่อช่วยลดกลิ่นอุจจาระที่รบกวนผู้ป่วย

1.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติด

- พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกัน
การเกิดแผลบริเวณผิวหนัง ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยนอนหลับไม่ควรรบกวน
- หาหมอนนิ่มรองบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ ตาตุ่ม

- จัดที่นอนให้เรียบ ตึง
- หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูกกรณีที่มีรอยแดง เพราะจะทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปได้รับบาดเจ็บจากการนวด
- ใช้โลชั่นทาผิวหนังเพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง
- ทำความสะอาดทุกครั้งหลังปัสสาวะหรืออุจจาระ เพื่อป้องกันผิวหนังเปื่อย อาจเกิดเป็นแผลได้
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว กรณีที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ผู้ดูแลควรทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย

1.4 การบรรเทาอาการปวด

- ประเมินความปวด เช่น ระดับความปวด ตำแหน่ง ลักษณะของความปวด
- ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
- ประเมินความปวดภายหลังให้ยาแก้ปวด หากอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาพยาบาล แพทย์ เพื่อหาทางลดความปวดให้ผู้ป่วย
- ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายด้วยการฟังดนตรี พูดคุย การสัมผัสที่อบอุ่น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน

1.5 การดูแลอาการคลื่นไส้อาเจียน

- ประเมินความรุนแรง ความถี่ของอาการอาเจียน
- สังเกตลักษณะของอาเจียน เช่น มีเลือดปน หรือเศษอาหารปนหรือไม่

ทุกครั้ง

- หมั่นดูแลความสะอาดปากและฟันหลังอาเจียน
- จัดแบ่งอาหารให้ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
- ให้อาหารตามอาการอาเจียนตามแผนการรักษา
- จัดทำให้นั่งหรือนอนศีรษะสูงภายหลังรับประทานอาหาร

อาหาร

1.6 การดูแลอาการอ่อนล้า

ให้ดูแลการทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้สมดุล โดย

- การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ต้องทำ เลือกทำกิจกรรมที่สำคัญก่อนเพื่อรักษาพลังงานของผู้ป่วย
- หาวิธีผ่อนแรงในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพลังงานในการทำกิจกรรมได้ทั้งหมด
- ดูแลอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกับอาการอ่อนล้า เช่น อาการปวด นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียนเพราะเป็นตัวเสริมที่ทำให้มีอาการอ่อนล้ามากยิ่งขึ้น
- ดูแลให้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ

1.7 การดูแลภาวะขาดน้ำ

ภาวะขาดน้ำมักเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลง คลื่นไส้อาเจียน หรือภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การดูแลภาวะขาดน้ำมีดังนี้

- ให้น้ำทางปากหรือทางสายยางให้เพียงพอ และบางรายอาจได้รับสารอาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล

- ดูแลอาการปากแห้งโดยการทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆ การให้ม้วนน้ำแข็ง การเช็ดปากด้วยสำลีชุบน้ำ

1.8 การดูแลภาวะหายใจลำบาก

ภาวะหายใจลำบากจะมีเสียงคล้ายเสียงครีตคราดในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ซึ่งเกิดจากการมีเสมหะอยู่ในทางเดินหายใจและปอด การดูแลมีดังนี้

- ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ สีผิว เสียงหายใจ

- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนกรณีที่มีภาวะขาดออกซิเจน

- การจัดท่านอนศีรษะสูงและนอนตะแคง เพื่อให้เสมหะไหลออกมาในช่องปากได้

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาลดสารคัดหลั่ง ยาลดอาการหายใจลำบาก

- เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ

- ดูแลดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็น และควรทำด้วยความนุ่มนวล เพราะการดูดเสมหะทำให้เจ็บปวดและไม่สบาย

- จัดสภาพแวดล้อมในห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายมากขึ้น

1.9 การดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ

- ดูแลทำความสะอาดและความสบาย เพื่อให้ความรู้สึกละวาง

- จัดกิจกรรมการดูแลที่ไม่รบกวนการนอนหลับ

2. การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะกลัวเรื่องการถูกทอดทิ้ง กลัวการอยู่อย่างโดดเดี่ยว กลัวการสูญเสีย มีความต้องการใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ ดังนั้นการดูแลเพื่อการจัดการกับความทุกข์ทางจิตสังคมและจิตวิญญาณให้มันน้อยลง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยความเป็นตัวของตัวเอง ด้วยหลักดังนี้

2.1 ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลจึงเริ่มต้นด้วย

2.1.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้มีความคุ้นเคย สามารถเล่าเรื่องต่างๆ ของตนเองได้ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้รู้จักตัวตนของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2.1.2 ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

2.1.3 มีท่าทีที่พร้อมจะรับฟังเรื่องราวต่างๆ ของผู้ป่วย และรับฟังอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ลึกซึ้งขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งผู้ดูแลต้องอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและให้เวลากับผู้ป่วย

2.1.4 ค้นหาความต้องการของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการในสิ่งที่สามารถกระทำได้

2.1.5 ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น และเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยคิด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและเผชิญกับความตายได้ดีขึ้น

2.1.6 การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะมีอาการกลัวหลายอย่าง เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระ กลัวตายคนเดียวซึ่งเราควรให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งเขา ให้เขามั่นใจและมีกำลังใจที่จะข้ามพ้นความเจ็บปวดความทุกข์ทางใจไปได้ และอาจทำให้ความทุกข์ทางกายเบาบางไปได้ด้วย

2.2 การให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยเฉพาะการประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ การอยู่เคียงข้าง トラบจนวาระสุดท้ายของชีวิต

2.3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ หรือศาสนา ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งอาจมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- ศาสนาพุทธ ได้แก่ การบริจาครูปพระ การใส่บาตร การสวดมนต์ การฟังธรรม การทำสมาธิชักชวนให้ผู้ป่วยสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะ หรือการนิมนต์พระมาเยี่ยมและแนะนำการเตรียมใจ จะช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยได้มาก

- ศาสนาอิสลาม ได้แก่ การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การได้ทำละหมาด ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตใจ และจิตวิญญาณ และช่วยประสานเรื่องภาระที่ค้างค้ำที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในโลกหน้า

- ศาสนาคริสต์ ได้แก่ การอ่านคัมภีร์ การอธิษฐาน

2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยจดจ่อในสิ่งที่ต้องการ เช่น

- ให้ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้าที่ตนเคารพศรัทธา
- ระลึกถึงความดี ความภาคภูมิใจที่เขาได้ทำ เพื่อให้เกิดเป็นกุศลเกิดความอึดเอิบใจ มั่นใจ ไม่พลัดไปสู่กรรมนิमित หรือคตินิमितที่ไม่ดีและที่สำคัญจะทำให้จิตใจสงบไม่ทรมันทรมาย
- ให้อุบายชวนคุยแต่เรื่องดี ๆ น้อมจิตไปสู่สิ่งที่ดี รวมถึงการนำพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยนับถือมาติดตั้งไว้
- การแตะมือที่ลำตัวผู้ป่วย รวบรวมสมาธิ น้อมจิตให้สงบและแผ่ความปรารถนาดีให้แก่ผู้ป่วย ความเมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ

2.5 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง การพูดให้เขายอมรับความตายที่จะมาถึง ด้วยศิลปะ ซึ่งไม่สามารถทำได้ด้วยการเทศนา สั่งสอนว่าความตายเป็นของเที่ยงทุกคนต้องตาย และปล่อยวาง เพราะคนเราจะปฏิเสธไว้ก่อน ไม่เชื่อว่าเป็นความจริง ไม่ยอมรับสิ่งเหล่านี้

ดังนั้น จึงต้องอาศัยการซักถามให้เขาเห็นด้วยตัวเอง เช่น ถามว่า ไม่อยากตายเพราะอะไร เขากลับหรือกังวลอะไร เป็นต้น

2.6 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ ได้แก่ การแบ่งมรดก ความน้อยเนื้อต่ำใจคนใกล้ตัว ความโกรธแค้น ความรู้สึกถูกผิด ฯลฯ ซึ่งเราควรช่วยจัดสิ่งแวดล้อมหรือหาโอกาสให้เขาได้ปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่าง ๆ เหล่านั้นเพื่อให้เขาจากไปอย่างสงบ

2.7 การสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ

- สถานที่สำหรับผู้ป่วยจึงควรเป็นบรรยากาศแห่งความสงบ คั่นเคียง งดเว้นการพูดคุยรบกวน มีญาติ คนที่ผู้ป่วยรักและผูกพันคอยอยู่ใกล้ ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและการปล่อยวางสิ่งที่ค้างคาในใจได้อย่างต่อเนื่อง

2.8 การได้กล่าวคำอำลา

- ภายหลังการพูดถึงความรู้สึกดี ๆ ที่มีต่อกัน การชื่นชม และขอบคุณในคุณงามความดีของผู้ป่วย พร้อมทั้งการขอขมาในสิ่งที่ล่วงเกิน จะช่วยน้อมนำจิตให้ผู้ป่วยเป็นกุศล เกิดการปล่อยวางและความสงบขึ้นได้

3. การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

3.1 เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ผู้ดูแลควรยื่นสงบนิ่งด้วยความเคารพผู้ป่วยระยะหนึ่ง

3.2 ให้เวลาญาติในการสัมผัสผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย ขณะที่ร่างกายยังมีไออุ่นอยู่

3.3 ทำความสะอาดศพและจัดการศพให้อยู่ในสภาพที่ใกล้เคียงกับการนอนหลับ ด้วยการปิดตา ใส่ฟันปลอม ปิดปาก ถอดสายยางต่าง ๆ ออกจากร่างกาย ตกแต่งบาดแผลด้วยผ้าปิดแผล หวีผมให้ได้รูปทรง และใส่เสื้อผ้าให้ศพตามความเชื่อ

4. การดูแลญาติ

4.1 บุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ญาติ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้ดูแลควรให้ข้อมูลแก่ญาติ เพื่อให้ญาติได้รับทราบและร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย

4.2 แนะนำให้ญาติเข้าใจถึงธรรมชาติของการตาย การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำความเข้าใจเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของผู้ป่วย พุดแต่สิ่งที่ดี ๆ ชักชวนให้ผู้ป่วยน้อมจิตไปหาสิ่งที่ตั้งงาม

4.3 เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ประชุมกันอย่างพร้อมหน้า จะช่วยให้ทุกคนมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และควรย้ำว่าการตัดสินใจของญาติควรตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

4.4 ให้ความรู้แก่ญาติเรื่องการดูแลอาการในช่วงท้ายของชีวิตเพื่อลดความรู้สึกผิดระยะยาว (Unresolved guilt) ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะเศร้าโศกระยะยาวได้ (Unresolved grief)

4.5 แสดงความเห็นอกเห็นใจแก่ญาติผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

4.6 ดูแลเรื่องสุขภาพของญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกเสียใจ

4.7 อำนวยความสะดวกในการจัดบริการทางความเชื่อ ศาสนาและด้านสังคมอื่น ๆ

4.8 แนะนำเรื่องการจัดการศพ และการรับมรดกบัตร

การดูแลบุคคลในลักษณะเป็นองค์รวมไม่แยกร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณออกจากกัน เป็นการเติมเต็มให้กับผู้ป่วย ด้วยการตอบสนองความต้องการในทุกๆ ด้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเผชิญความตายได้ นำมาซึ่งการตายอย่างสงบ

เอกสารอ้างอิง

- เชิดชัย เลิศจิตรเลขา. (2547). ความต้องการและการอภิบาลด้านจิตวิญญาณ
ในผู้ป่วยใกล้ตาย. ใน ภัคภร ช่วยคุณูปการ(บรรณานิการ) *รวบรวม
องค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. (หน้า30-51) กรุงเทพฯ:
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระไพศาล วิสาโล. (2548). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีพุทธ*.
กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- เยาวรัตน์ อินทอง. (2547). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. ใน ภัคภร ช่วยคุณูปการ (บรรณานิการ)
รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (หน้า161-187)
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุมาลี นิมนานินิตย์. (2548). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย ใน
ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ (บก.). *การดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้าย*. (หน้า 7-12). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2548). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย หมอชาวบ้าน*. 296, 22-26.

แนวปฏิบัติ ในการกู้ชีพ

“การกู้ชีพ” หรือ “การช่วยฟื้นคืนชีพ” คือ ปฏิบัติการช่วยชีวิตคนที่หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน โดยใช้แรงมือกดหน้าอก และเป่าลมเข้าทางปาก ซึ่งไม่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ใดๆ โดยเมื่อหัวใจหยุดเต้น จะมีเวลา 4 นาทีทองในการช่วยให้ฟื้น

แนวทางในการปฏิบัติ

1. ตรวจสอบสภาพและจัดท่า
 - 1.1 ดูว่าหมดสติหรือไม่... ให้ปลุก เรียก เขย่าตัว
 - 1.2 ดูว่าหายใจหรือไม่... ดูการขยับของหน้าอก ฟังเสียงหายใจ แก้มสัมผัสลมหายใจ (ตาดู-หูฟัง-แก้มสัมผัส)
 - 1.3 ดูว่าหัวใจหยุดเต้นหรือไม่... ให้จับชีพจรที่คอด้านข้าง
 - 1.4 จัดท่า (ท่ากู้ชีพ-นอนหงาย)



2. ขอความช่วยเหลือ เหลือ เช่น ตะโกนหรือโทรเรียกคนช่วย (โทร 1669)

3. ปฏิบัติการกู้ชีพ

3.1 เปิดช่อง-หน้าเช็ด-เชยคาง (เอาสิ่งแปลกปลอมออกจากปาก-กดหน้าผากลงให้หน้าเช็ด-ใช้นิ้วมือซ้อนคางให้แน่นขึ้น)



3.2 เป่าปอด

โดยใช้นิ้วของเราจับนิ้วเข้าหากันทำให้มีช่องตรงกลาง วางบนปากผู้ป่วยให้สนิท แล้วเป่าลมผ่านมือแทนการใช้ปากสัมผัสกันโดยตรง

แต่ถ้าหากเป็นญาติสนิท คนในครอบครัว สามี ภรรยา ลูก ก็ให้ใช้วิธีประกบปากกัน แล้วเป่าลมเข้าปอด จะมีประสิทธิภาพดีกว่า



3.3 ป้อนหัวใจ

- หาตำแหน่งที่กระดูกซี่โครง 2 ข้างมาชนกันตรงกลาง วางนิ้วชี้และนิ้วกลางลงไป แล้ววางสันมืออีกข้างถัดขึ้นมาจาก 2 นิ้วนั้น
- ประสานมือ 2 ข้าง เหยียดแขนตรง โน้มตัวตั้งฉากกับอก ทิ้งน้ำหนักลงบนแขนกดลงฝ่ามือ ห้ามยกมือขึ้นจากอก (กดให้หน้าอกยุบลงประมาณ 1.5-2 นิ้ว)
- นับ 1... และ 2... และ 3... และ 4... จนครบ 30 ครั้ง แล้วเป่าปอด 2 ครั้ง (ทำติดต่อกัน 4 รอบ)



4. ประเมินผล ดูว่ารู้สึกตัวหรือไม่ มีการหายใจและมีชีพจรหรือไม่ ถ้ายังไม่หายใจ และยังไม่จับชีพจรไม่ได้ให้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้ผล และให้รีบนำผู้สูงอายุส่งไปปรับการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

พินิจ ลิ้มสุคนธ์. (2553). การกู้ชีพ... ฉบับชาวบ้าน
[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.doctor.or.th>
(13 พฤษภาคม 2553).

