

บทบาทพยาบาลกับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุ

The Nurses Role in Delirium Management in Older Persons

เนตรดาว ชัชวาลย์ พัชรารณณ์ อุ่นเตจ๊ะ อริสรา อยู่รุ่ง

Natedao Chutchawan, Patcharaporn Untaja, Arisara Yuroong

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมักมีความเจ็บป่วยเรื้อรังและเมื่อมีอาการป่วยรุนแรงขึ้นจะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นในผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางลบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ หลายด้าน เช่น ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเจ็บป่วยและการตายเพิ่มขึ้น พยาบาลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ มีความตระหนัก สามารถค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ รวมถึงสามารถใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนได้ตั้งแต่แรก ย่อมลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผลที่ตามมาคือสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, บทบาทพยาบาล

Abstract:

Delirium is frequency often develop in a hospital especially in elderly patients. Older people usually have chronic diseases. When these conditions become worse and need for the care in a hospital, this group of patients often develops a delirium. Numerous studies indicate that the delirium has many negative outcomes for older patients such as a prolonged hospitalization and an increased mobility and mortality rates. A nurse is in an important position with a role to take care of patients as a bedside caregiver. If nurses have knowledge, understanding, awareness or recognition of delirium, identify all possible risk factors and provide appropriate management to change those modifiable risk factors and can use delirium screening tools for early detection, the incident of delirium and the negative outcomes of older patients will decrease.

Keyword: Elderly, Delirium, Nurses role

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นภาวะที่พบได้มากในผู้ป่วยสูงอายุ หลายต่อหลายครั้งในขณะที่พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลต้องพบกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้เปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวรภัย ดึก ทั้งที่เมื่อแรกรับเข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและพูดคุยได้รู้เรื่องดี อาการและอาการแสดงเหล่านี้คืออะไร มีผลต่อสุขภาพและการรักษาหรือไม่ หากเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นผู้ป่วยสูงอายุและควรจัดการรักษาที่เหมาะสมอย่างไรเพื่อลดโอกาสที่โรคอันเป็นสาเหตุไม่กำเริบรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต ล้วนเป็นคำถามที่พยาบาลควรทำความเข้าใจ เพื่อสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม และผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัย

ข้อสรุปจากการศึกษาวิจัยจำนวนมากบ่งชี้ว่า ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุของไทย ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบอัตราการเกิดถึงร้อยละ 35.3¹ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะนี้แล้วจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระยะยาวเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น²⁻⁴ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าแปลกใจ เมื่อการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ระดับความรู้เฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของภาวะสับสนเฉียบพลัน อยู่ที่ 64.91% และ 46.15% ตามลำดับ³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถทำแบบทดสอบเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้ถูกต้องอยู่ที่เพียง 54.20%⁵ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดขณะพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีโอกาสมากที่จะระบุ หรือประเมินพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ก่อนบุคลากรอื่นแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของอาการนั้นอาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน และค้นพบการเกิดภาวะนี้ในระยะเริ่มต้นได้^{6, 7} จะสามารถป้องกันและหากสามารถที่ประเมินพบในระยะแรก จะนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมทันทั่วทั้งที่ ลดภาวะแทรกซ้อนลงได้

คำจำกัดความ

ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดคำจำกัดความและหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยไว้เมื่อปี พ.ศ.2556 ใน the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-fifth edition (DSM-V)⁸ ซึ่งยังใช้จนถึงปัจจุบัน คือ

Criteria A คือ มีความผิดปกติหรือบกพร่องของความตั้งใจและการตระหนักรู้ (a disturbance of attention and awareness) เช่น มีการลดลงของความสามารถในการที่จะจดจ่อหรือคงความตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (a decline in abilities to focus or sustain attention) มีความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (a reduce in an orientation to environment) เป็นต้น

Criteria B คือ การเปลี่ยนแปลงหรือความบกพร่องนั้นเกิดขึ้นในระยะสั้น (occurs in a short period of time) มีการเปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะนิสัยปกติ (changes from baseline) โดยการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่คงที่หรือขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงวัน (tends to fluctuate during the course of the day)

Criteria C คือ มีความผิดปกติหรือบกพร่องในเรื่องการรู้คิด (a disturbance in cognition) เช่น มีความบกพร่องในเรื่องความจำ (memory deficit) และ มีความถดถอยของความสามารถในการใช้ภาษา (deterioration in language ability) เป็นต้น

Criteria D คือ มีความผิดปกติ/บกพร่องตาม Criteria A และ C โดยความผิดปกติดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะโรคที่ผู้ป่วยมีมาก่อนหน้าและไม่ได้เกิดในขณะที่มีผู้ป่วยมีภาวะโคม่า

Criteria E คือ มีประวัติการเจ็บป่วย (health history) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory findings) หรือผลการตรวจร่างกาย (physical examination) ในการสนับสนุนความผิดปกติดังกล่าวว่าเกิดจากการเจ็บป่วย (medical conditions) การขาดยาหรือได้รับพิษจากยา (substance withdrawal) การได้รับสารพิษ (intoxication) หรืออาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multiple factors)

การแบ่งประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลันตามการ แสดงออกของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยแล้วมีอาการสับสนเฉียบพลัน จะมีการเปลี่ยนแปลงไปของอาการแสดงที่มักแตกต่างและหลากหลาย ซึ่งอาจทำให้พยาบาลสับสนและไม่แน่ใจถึงปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ อาจนำไปสู่การให้การพยาบาลหรือการจัดการที่ไม่ตรงกับภาวะที่ผู้ป่วย ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในความหลากหลายของอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จะทำให้พยาบาลมีความตระหนักต่อภาวะนี้เพิ่มขึ้นนำไปสู่การให้การพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งตระหนักถึงการป้องกันเพิ่มขึ้น อาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามกลุ่มอาการแสดงที่ผู้ป่วยแสดงออก⁹ ได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการที่มีภาวะสับสน กระวนกระวาย (Hyperactive delirium): ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถถูกตรวจพบได้ง่ายกว่าประเภทอื่น เช่น อาการกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง พยายามดึงท่อช่วยหายใจหรือสายสวน เป็นต้น

2. กลุ่มอาการที่มีภาวะซึม (Hypoactive delirium): ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัยเนื่องจากมีการแสดงออกตรงข้ามกับประเภทแรก เช่น มีภาวะซึม เียบตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวลดลง เคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้าลง เป็นต้น

3. กลุ่มอาการที่มีทั้งภาวะสับสน กระวนกระวาย และภาวะซึม (Mixed form): ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงทั้งแบบสับสน กระวนกระวายและภาวะซึม โดยการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นภายในวันเดียวหรือภายใน 2-3 วัน เช่น ผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสน กระสับกระส่ายในช่วงเวลาหนึ่งหลังจากนั้นจะมีภาวะซึมเียบในช่วงระยะเวลาถัดมา เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ

1. ปัจจัยเสี่ยงตั้งต้น (predisposing risk factors) หรือ ภาวะเปราะบางของผู้ป่วย (vulnerability): หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วย (underlying characteristics) หรือ ภาวะของผู้ป่วย (baseline conditions) ที่มีอยู่แล้วตั้งแต่ต้น¹⁰ ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน^{11, 12} ตัวอย่าง เช่น อายุที่เพิ่มมากขึ้น

การมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น¹³

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating risk factors) หรือ สิ่งกระทบ/สิ่งกระตุ้น (noxious insults): หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษาดูอยู่ในโรงพยาบาล¹⁰ ตัวอย่างปัจจัยเสี่ยงประเภทนี้ได้แก่ การได้รับยานอนหลับ การได้รับยาบรรเทาปวด การใส่สายสวนปัสสาวะ การผูกมัดผู้ป่วย ภาวะปวดหรือไม่สุขสบาย ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะเลือดออกในสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อ ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อค การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดกระดูก เป็นต้น¹⁴

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่บุคลากรพยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยได้ คือการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและการมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน และการปรับแก้ไขหรือลดปัจจัยกระตุ้นที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors)

การระบุภาวะสับสนเฉียบพลันกับการประเมินด้วยเครื่องมือ

การระบุภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่ระยะแรกจะเป็นประโยชน์มากกว่าการแก้ไขรักษาเมื่อเกิดสับสนแล้ว การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันจึงควรมีการประเมินตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยสูงอายุไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล และควรจะมีการประเมินซ้ำอีกครั้งหากผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไป และสงสัยว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะนิสัยและพฤติกรรมไปจากที่เคยเป็นอย่างเฉียบพลัน เป็นต้น ดังนั้นเมื่อพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป มีเหตุกระทบจิตใจ ส่งผลให้เครียด กังวล หรือสูญเสียกะทันหัน เป็นต้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการประเมินเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุนั้น มีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอและการคัดกรองทำได้น้อย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน และความไม่เคยชินในการใช้เครื่องมือประเมินค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีหลายชนิด จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจคุณภาพของเครื่องมือว่ามีความไวและความเฉพาะแตกต่างกัน เครื่องมือที่นำมาใช้บ่อยและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งในทางคลินิกและการวิจัย มี 4 ชนิด ได้แก่

1. Confusion Assessment Method (CAM) CAM¹⁷ ที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางในการวินิจฉัยและค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) รวมทั้งในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ และถือเป็น gold standard tool^{18, 19} โดยพบว่ามีความน่าเชื่อถือ the interobserver reliability ที่ keppa = 0.81-1.0 มีความไวในการวินิจฉัยโรค 94% และมีความจำเพาะที่ 90%¹⁷ เครื่องมือนี้ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาทีและได้ถูกนำไปแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 10 ภาษา รวมทั้งภาษาไทยด้วย

เกณฑ์ในการวินิจฉัยตามเครื่องมือ CAM มี 4 ข้อ¹⁷ คือ

- 1) มีอาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและไม่คงที่ระหว่างวัน (Acute onset and fluctuation course)
- 2) มีความบกพร่องในเรื่องความตั้งใจ/สมาธิ (Inattention)
- 3) มีความบกพร่องทางด้านความคิด (Disorganized thinking)
- 4) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Altered level of consciousness)

โดยในการวินิจฉัยตามแบบประเมิน CAM นี้ ผู้ป่วยจะมีภาวะสับสนเฉียบพลันก็ต่อเมื่อต้องตรวจพบอาการตามเกณฑ์ในข้อ 1 และ ข้อ 2 ร่วมกับ การตรวจพบร่วมกับอาการใดอาการหนึ่งในข้อ 3 หรือ ข้อ 4

2. แบบสัมภาษณ์ Thai Mental State Examination (TMSE) เพื่อประเมินการรับรู้เปลี่ยนแปลง (Cognitive impairment) ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน คือ ORIENTATION, REGISTRATION, ATTENTION, CALCULATION, LANGUAGE และ RECALL โดยต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment รายงานความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์นี้ แบบสัมภาษณ์อัลฟ่าตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ .91

3. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้จากการทบทวนงานวิจัยประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ ดังนี้ การนอนไม่หลับ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะติดเชื้อ ภาวะ Dehydration การจำกัดการเคลื่อนไหว อาการปวด และอัตราการหายใจ เครื่องมือมีค่าความตรงด้านเนื้อหา (content validity) จากการคำนวณค่าความเที่ยงคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR21) มีค่า = .81

4. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของโรงพยาบาลรามธิบดี Thai Delirium Rating Scale-Ramathibodi Hospital (TDRS-RH) โดย สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ คือ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว สถานะการรับรู้ (Cognitive status) ขณะประเมิน โรคทางกาย ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น และการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ ค่าคะแนนของแบบประเมินคือ 0-20 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากกว่า 10 คะแนน คือมีภาวะสับสนเฉียบพลัน การหาความเที่ยง (reliability) แบบสัมภาษณ์อัลฟ่า ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้เท่ากับ .9320

จะเห็นได้ว่า ส่วนในประเทศไทยมีการใช้เครื่องมือประเมินหรือระบุภาวะสับสนเฉียบพลันในการศึกษาวิจัยที่พัฒนาเป็นภาษาไทย คือ เครื่องมือในข้อ 2-4 โดยประเมินเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันประกอบกัน ทั้งประเมินในมิติของอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง หรือประเมินเฉพาะการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป หากใช้เครื่องมือหลายชุดประกอบกันอาจได้ประโยชน์ทั้งการวินิจฉัยและจัดการป้องกัน แต่ข้อจำกัดคือเครื่องมือที่มีหลากหลายจะส่งผลให้การแปลผลมีความซับซ้อนมากขึ้น

บทบาทพยาบาลในการจัดการเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

เมื่อพยาบาลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงที่หลากหลายของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่อาจพบได้ระหว่างให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบกับความเข้าใจการใช้เครื่องมือประเมินวินิจฉัยและค้นหาปัจจัยเสี่ยง จะได้ข้อมูลที่เป็แนวทางในการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่า การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมไปถึงการรับรู้หรือการวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มต้นสามารถลดผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴ หากสามารถค้นหาและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงได้จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึง 1 ใน 3 ราย² การป้องกันและการจัดการโดยวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological strategies) ถูกแนะนำให้นำมาใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอันดับแรกก่อนจะมีการใช้ยาในการรักษา¹³ วิธีการเหล่านี้ครอบคลุมถึง วิธีการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

(Environmental intervention) การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Interventions) และการจัดการด้านร่างกาย (Physical Interventions) ตัวอย่างของวิธีการจัดการในด้านต่างๆ เช่น

วิธีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Environmental Interventions)

การจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้เองและไม่ยุ่งยาก โดยมุ่งเน้นในเรื่องการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย เจียบสงบเพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีความปลอดภัยต่อการเกิดอุบัติเหตุ หากสามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะในช่วงกลางวัน งานวิจัยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้²¹

2. จัดบุคลากรคนเดิมในการให้พยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับผู้ที่ให้การดูแล ลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว นอกจากนี้ ผู้ดูแลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมการค้นพบอาการผิดปกติได้รวดเร็ว^{22, 23}

3. สร้างบรรยากาศรอบตัวผู้ป่วยให้เจียบสงบลดสิ่งกระตุ้น เช่น เสียงดังรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าการที่ผู้ป่วยขาดการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอหรือการมีสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้^{24, 25}

4. ลดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยอย่างฉับพลัน เช่น การย้ายห้องหรือการเปลี่ยนเตียงผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ (unfamiliar environments) เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน^{23, 26, 27}

5. จัดให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือสิ่งของที่ใช้ประจำวางอยู่ในห้อง เช่น การจัดให้มีรูปของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในห้อง หมอนที่ผู้ป่วยเคยใช้อยู่ที่บ้าน วิทยุที่ผู้ป่วยเคยฟังตอนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยสามารถลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้²⁴

วิธีการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Interventions)

การพยาบาลในการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวไปถึงญาติของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนั้นต้องทำให้มีความสบายใจ รู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกถูกคุกคาม ค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความกลัวหรือความกังวลโดยอาจใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เข้ามาช่วย ส่วนในด้านญาตินั้น การให้ข้อมูลถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไป ย่อมก่อให้เกิดความเครียดของญาติและอาจส่งผลมาถึงตัวผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน การจัดการมีดังนี้

1. ใช้การย้ำเตือนการรับรู้ความเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอให้คุ้นเคย หรือ reorientation มีการศึกษาวิจัยพบว่าการ reorientation อย่างสม่ำเสมอ เช่น จัดให้มีนาฬิกาในห้องผู้ป่วย การบอกเกี่ยวกับ วัน เวลาและสถานที่ปัจจุบัน การเรียกชื่อผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน^{23, 28}

2. ใช้หลักการสนทนาที่ดี พูดชัด ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และใช้โทนเสียงที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและรู้สึกปลอดภัย จะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนได้²⁷

3. ให้ความรู้ ข้อมูล ความมั่นใจ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษากับญาติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการดูแลที่เหมาะสมด้วยความเข้าใจ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดหรือความกังวลของญาติ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีอาการจำคนในครอบครัวไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากลักษณะนิสัยเดิม พยาบาลควรเน้นการให้ข้อมูลกับญาติว่าอาการนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว หลังได้รับการรักษาซึ่งใช้เวลาช่วงหนึ่งอาการผู้ป่วยจะค่อยๆ ดีขึ้น^{27, 29, 30}

4. ให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลโดยพยาบาลค้นหาความกลัวหรือความกังวลใจของผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อแก้ไข เนื่องจากระดับความกังวลอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ควรหาวิธีการหรือใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ช่วยสนับสนุนในขณะที่แก้ไขสาเหตุของความไม่สบายใจหรือความกังวลของผู้ป่วยสูงอายุร่วมกัน³⁰

วิธีการจัดการทางด้านร่างกาย (Physical Interventions)²³

การพยาบาลเพื่อจัดการทางด้านร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันมุ่งเน้นไปที่การลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางกายที่สามารถแก้ไขได้ (modifiable risk

factors) ผลการศึกษางานวิจัยจำนวนมากชี้ชัดว่า การลดการรับรู้ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นหรือการฟังที่ต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วย เมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วไม่ได้สวมแว่นตา หรือไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งการได้รับความเจ็บปวดไม่สุขสบายทางกาย เช่น มีภาวะขาดน้ำ เจ็บปวดไม่สุขสบายจากภาวะท้องผูก ภาวะติดเชื้อ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะพร่องออกซิเจน การไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะต่างๆ นี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนั้นหากพยาบาลสามารถค้นหาป้องกันหรือการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้โดยเร็ว จะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้³¹⁻³³ ดังนี้

1. จัดเก็บแว่นตา เครื่องช่วยฟัง หรือกายอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยสูงอายุที่เคยใช้เป็นประจำ ให้ใกล้ตัวพร้อมใช้งาน พร้อมทั้งตรวจสอบการทำงานของเครื่องให้อยู่ในสภาพที่ดีเสมอ

2. เฝ้าระวังและจัดการเกี่ยวกับระดับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในระดับสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะขาดน้ำ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบหรือดื่มน้ำบ่อยๆ ให้เพียงพอ หากไม่มีข้อจำกัดของการรักษาสมดุลสารน้ำ เช่น มีโรคหัวใจ หรือภาวะไตเสียหน้าที่ เป็นต้น ผู้ป่วยสูงอายุบางราย อาจได้รับการพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย²³

3. จัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกที่อาจบ่งชี้ถึงความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร²³

4. เฝ้าระวังและประเมินการขับถ่ายเพื่อจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากการกระตุ้นทางกาย เช่น ท่ากายบริหารกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้แล้ว อาจต้องพิจารณาให้ยาระบายช่วยหากไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน²³

5. เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย และให้การรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว รวมทั้ง หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนเข้าสู่ร่างกายโดยไม่จำเป็น ให้การพยาบาลโดยปฏิบัติตามหลักการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด²³

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการรบกวนกิจกรรมที่จะให้การพยาบาลมาทำในเวลาเดียวกัน หลีกเลี่ยงการทำหัตถการในเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

7. เฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) โดยดูแลให้มีการได้รับออกซิเจนด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย จัดทำนอนหรือนั่งพักที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแก๊สอย่างเพียงพอ²³

8. สนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟู เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังการผ่าตัดโดยเร็ว (Early ambulation) ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถเดินได้ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวบนเตียงโดยการบริหารข้อต่างๆ (Range-of-motion exercises) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

สรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ถือเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเองและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันได้ พยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะเริ่มต้นได้ หากมีความรู้ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือช่วยค้นหาหรือวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดพยาบาลควรสามารถวิเคราะห์และจัดการป้องกันที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้น

References

1. Iamrod N, Sindhu S, Danaidutsadeekul S, Tantiwongkosri K. Predictors of delirium in the elderly patients undergone open heart surgery in the first 72 hours after surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(2):34-42. (in Thai).
2. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *British Medical Journal*. 2007;334(7598):842-6.
3. Hare M, Wynaden D, McGowan S, Landsborough I, Speed G. A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*. 2008;29(1):23-31.
4. Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J. Risk factors of delirium after cardiac surgery: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011;10(4):197-204.
5. Meako ME, Thompson HJ, Cochrane BB. Orthopaedic nurses' knowledge of delirium in older hospitalized patients. *Orthopaedic Nursing / National Association of Orthopaedic Nurses*. 2011;30(4):241-8.
6. Foreman MD. Acute confusional states in hospitalized elderly: A research dilemma. *Nursing Research*. 1986;35(1):34-8.
7. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney JLM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(20):2467-73.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
9. Lipowski ZJ. *Delirium: Acute confusional states*. New York: Oxford University Press; 1990.
10. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 1999;10(5):393-400.
11. Anderson D. Preventing delirium in older people. *British Medical Bulletin*. 2005;73(1):25-34.
12. Lin Y, Chen J, Wang Z. Meta-analysis of factors which influence delirium following cardiac surgery. *Journal of Cardiac Surgery*. 2012;27(4):481-92.
13. Victorian Government Department of Human Services. *Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people*. Melbourne: Clinical Epidemiology and Health Service Unit and Melbourne Hospital; 2006.
14. Inouye SK. Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*. 2006;354(11):1157-65.
15. Holly C, Cantwell ER, Jadotte Y. Acute delirium: Differentiation and care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2012;24(1):131-47.
16. Devlin JW, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Medicine*. 2007;33(6):929-40.
17. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*. 1990;113(12):941-8.
18. Elie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal* 2000;163(8):977-81.

19. McCrow J. The impact of a model of nurse education to improve knowledge and recognition of delirium in older persons by registered nurses: Queensland University of Technology; 2012.
20. Sogprasert S, Somboontanont, W., Visavajarn, P., Siritipakorn, P. . The effect of a clinical nursing practice guideline on prevention of delirium among hospitalized elderly patients at a university hoapital. *J NURS SCI*. 2015;33(1): 60-8.
21. Wakamura T, Tokura H. Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of physiological anthropology and applied human science*. 2001;20(6):345-51.
22. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey P. The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *The British journal of psychiatry*. 1996;168(4):512-5.
23. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of internal medicine*. 2011;154(11):746-51.
24. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and ageing*. 2012;41(5):629-34.
25. Osse RJ, Tulen JH, Bogers AJ, Hengeveld MW. Disturbed circadian motor activity patterns in postcardiotomy delirium. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2009;63(1):56-64.
26. Maria M. Delirium: a distressing and disturbing clinical event in a Intensive Care Unit. *Health Science Journal*. 2012.
27. Centeno C, Sanz Á, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Medicine*. 2004; 18(3):184-94.
28. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva anesthesiologica*. 2012;78(9):1026.
29. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *British Medical Journal*. 2001;322(7279):144.
30. Marshall MC, Soucy MD. Delirium in the intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*. 2003;26(3):172-8.
31. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical care clinics*. 2013;29(1):51-65.
32. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*. 1999;340(9):669-76.
33. Tabet N, Howard R. Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. *Age and ageing*. 2009;38(4):374-9.