บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*

Development of a Participatory Care Model for Hospitalized Older Adults with Delirium

จุฬาลักษณ์ ใจแปง** รสสุคนธ์ วาริทสกุล** เกศรินทร์ ศรีสง่า***
Chulaluk Jaipang Rotsukon Varitsakul Kesarin Srisanga
อุษา ภูชฎาภิรมย์**** จุฬาภรณ์ คำพานุตย์****
Usa Phuchadapirom Julaporn Kampanut

*งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยสำนักยุทธศาสตร์ สภากาชาดไทย
*This Research was Funded by Corporate Strategy Bereau, Thai Red Cross Society
**สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ 10330
**Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, 10330 Thailand
***นักวิชาการอิสระ
***Independent Scholar
****โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ชลบุรี 20110
****Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, 20110 Thailand
Corresponding author, E-mail: Rotsukon.v@stin.ac.th
Received: March 13, 2024; Revised: October 31, 2024; Accepted: December 14, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 19 ราย สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และทีมสุขภาพ และผู้ดูแล จำนวน 30 ราย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษาประกอบด้วย ระยะที่ 1 สำรวจ และวิเคราะห์ปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบสอบถามความต้องการการดูแลเมื่อผู้สูงอายุพักรักษาในหอผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล โดยทีมวิจัยร่วมกับทีมสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 31.58 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพ คำแนะนำ

ในการดูแลตนเอง การอำนวยความสะดวกในการติดต่อกับบุคลากร การส่งเสริมการนอนหลับ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันอุบัติเหตุ และการสนับสนุนด้านจิตใจหรือกำลังใจ ด้านประเด็นปัญหา พบว่า แนวปฏิบัติในการดูแล และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ชัดเจน รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การคัดแยกผู้สูงอายุ เน้นการประเมินเพื่อระบุถึงปัญหาหรือความเสี่ยง 2) การจัดการดูแลตามสภาพปัญหา 3) การประเมินอย่างถูกต้องตามความจำเป็น และ 4) การจำหน่ายผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ ภาวะสับสนเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Abstract

This research aimed to study the situational problems and develop a participatory care model for older adults with delirium. The study sample consisted of 19 older adults for quantitative data and 30 healthcare team members and caregivers for qualitative data. The study was divided into two phases. Phase 1: exploring problems; the tools used included the Confusional Assessment Method (CAM), a questionnaire on need assessment in older adults when admitted to the ward, interview guides, and data recording forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis. Phase 2: developing a care model; this phase was collaboration between researchers and the healthcare team.

Research findings revealed that the prevalence rate of delirium in older adult patients at the female medical ward was 31.58%. They all need health information, self-care advice, communication with staff, sleep promotion, physical activity and accident prevention, and mental support. Identified issues included unclear clinical practice guidelines for care and management of delirium. The care model developed comprises four components: 1) Identification and segmentation focus on assessment to identify problems or risks, 2) Management and prevention, 3) Diagnostic accuracy, and 4) Disposition.

Keywords: Participatory care model, Older adults, Delirium, Hospitalized

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state: ACS; delirium) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิด เช่น เรื่องของความจำ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ ภาษาที่ผิดปกติไป โดยไม่ได้เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงเดิมที่มีมาก่อนหรือภาวะสมองเสื่อม อาการอาจจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาภายในหนึ่งชั่วโมงหรือหนึ่งวัน และผู้ที่เป็นมักมีอาการขึ้นลงระหว่างวัน[1] ภาวะสับสนเฉียบพลันถือได้ว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[2]

จากการศึกษา ความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ณ เวลาที่เข้ารับการรักษา เท่ากับ

ร้อยละ 3.65 อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 5.21 โดยจะพบอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันสูงในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี[3] ทั้งนี้ เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้ว จะส่งผลกระทบตามมาต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล[4] เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยพบว่า เมื่อมีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้น จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษา อยู่ระหว่าง 806 - 24,509 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือประมาณ 28,672 - 874,603 บาท[5] มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป 1 เดือน[4] ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง[6-7] นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องของความวิตกกังวล ความกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงจากอาการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว[8-9]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ สามารถป้องกัน และจัดการได้ สำหรับในประเทศไทย พบว่า การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยใช้ทีมสหวิชาชีพและเครื่องมือมาตรฐานต่าง ๆ ในการประเมินอาการสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้ถึงร้อยละ 30.00 - 40.00 หรือ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะเดียวกัน การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วได้รับการจัดการในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการจัดการโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา พบว่าสามารถลดผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันได้[10] อย่างไรก็ตาม ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมักเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทำให้การป้องกันและการจัดการมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เวลา รวมถึงทรัพยากรในการดูแลที่ค่อนข้างมาก ดังนั้น การดูแลรักษาจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพหลากหลายสาขา รวมไปถึงผู้ดูแล และครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย จากการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย พบว่า ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น[11] ผู้สูงอายุที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์[12] ซึ่งเป็นการดูแลโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วย ขณะที่ในต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จะช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ แต่ยังไม่ชัดเจนว่าจะส่งผลต่อระยะเวลาของการเป็นภาวะสับสนเฉียบพลันหรือไม่[13]

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในบริบทพื้นที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสภากาชาดไทย ที่มีนโยบายในการพัฒนาต้นแบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถานพยาบาล (institutional care) และการดูแลในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหอผู้ป่วยใน (general in - patient care department: IPD) แต่อย่างไรก็ตาม การบริการสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ยังไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนวปฏิบัติการดูแลเดิมเน้นการจัดการโดยบุคลากรด้านสุขภาพ และไม่จำเพาะเจาะจงกับช่วงวัยผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมพอดีกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

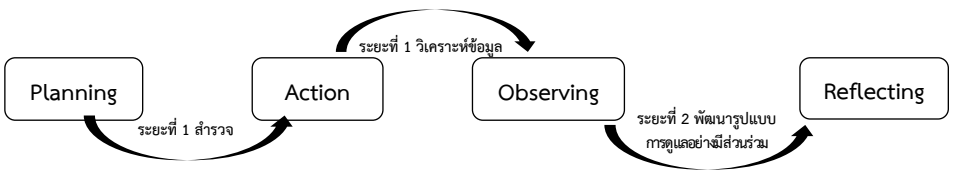
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[14] ซึ่งอธิบายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานออกมาเป็นวงจรแบบขดลวด (spiral of self - reflecting) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น[14] ดังนั้น ในการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีกระบวนการวิจัยประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจ และวิเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วมของ 3 ฝ่าย คือ บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านกระบวนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และนำไปสู่ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม โดยการสะท้อนกลับ (reflecting) สิ่งที่ได้ค้นพบ และร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแล รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะที่ 1 การสำรวจ และวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง

เชิงปริมาณ คือ กลุ่มผู้สูงอายุคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling method) ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทุกรายที่กำลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีความสามารถในการสื่อสารได้ เข้าใจภาษาไทย และไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากเป็นการศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยพิจารณาจากความชุก และอุบัติการณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดโดยระยะเวลาในการศึกษาที่

3 เดือน โดยผู้สูงอายุทุกคนที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าจะมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 19 ราย

เชิงคุณภาพ คือ บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุคัดเลือกแบบสะดวก (convenient sampling method) จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจะดำเนินต่อไปจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งหมายถึงไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อมูลอิ่มตัวจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็น บุคลากรทีมสุขภาพผู้ร่วมสนทนาเชิงลึก จำนวน 15 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ราย โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 5 ราย

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม

ประชากร บุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จำนวน 5 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เชิงปริมาณ

1. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ฉบับภาษาไทย (The Thai version of the Confusion Assessment Method) พัฒนาโดย Inouye และคณะ[15] แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran และคณะ[16] มีเกณฑ์ในการวินิจฉัย จำนวน 4 ข้อ ที่ใช้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหรือไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ที่รู้สึกตัว สามารถสื่อสารได้ โดยการประเมินอาการผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาจากการสังเกต

2. แบบสอบถามความต้องการการดูแลเมื่อผู้สูงอายุพักรักษาในหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[3,15,17] แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยา ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน อาการนำมาโรงพยาบาล และข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแลเมื่อผู้สูงอายุพักรักษาในหอผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และแผนการรักษา การได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง สุขอนามัย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม การให้ญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การดูแลส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันอุบัติเหตุ การได้รับแรงสนับสนุนด้านจิตใจหรือกำลังใจ และอื่น ๆ จำนวน 11 ข้อ

เชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้างสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนาโดยผู้วิจัย ตัวอย่างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น ท่านคิดว่าในปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีนโยบายหรือระบบการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และการจัดการผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหรือไม่อย่างไร ตัวอย่างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ท่านเคยรู้จักหรือได้ยินเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมาก่อนหรือไม่ อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เชิงปริมาณ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00

ความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงที่มี

คุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น

1. แบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้ค่า Kuder - Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .635

2. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ฉบับภาษาไทย (The Thai version of the Confusion Assessment Method) ได้ค่า Inter - rater reliability เท่ากับ 1.00

เชิงคุณภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 009/2562 วันที่รับรอง 10 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ทราบถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ให้เวลาในการตัดสินใจ สอบถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยและปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและใช้รหัส ไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวบุคคล ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และถูกทำลายหลังการตีพิมพ์ 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยการเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย เช่น ร่วมรับฟังการรับ - ส่งเวร การวัดสัญญาณชีพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน แก่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ การซักถาม และให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล การร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายของบุคลากรทีมสุขภาพต่อปรากฏการณ์การให้บริการสุขภาพ โดยใช้การจดบันทึกข้อมูล (note - taking) ขณะร่วมกิจกรรม ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมบริการการปฏิบัติงานประจำวัน แบบแผนพฤติกรรมบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทีมสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมต่าง ๆ สภาพโครงสร้างทางกายภาพของหอผู้ป่วย และทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

2. ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เมื่อแรกรับด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Confusion Assessment Method) เพื่อค้นหาความชุก และติดตามประเมินต่อเนื่องทุกวันจนกว่าจะมีการจำหน่าย เพื่อติดตามอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ร่วมกับการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และการตอบแบบสอบถามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

3. กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละ 30 นาที ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยนำส่งข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 คืนสู่พื้นที่ โดยการประชุมร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ มีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การสอบถาม ตลอดจนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องมานำเสนอให้ที่ประชุมได้รับทราบ และร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นจึงได้มีการจัดทำร่าง และคู่มือ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการคำนวณความชุก และอุบัติการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยการจัดการประชุมร่วมกัน ระหว่างทีมผู้วิจัยกับพื้นที่วิจัย เพื่อกำหนดแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถอดเทป จัดกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหา

ข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 19 ราย พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 76.53 ปี (SD = 9.49) ข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.89 มีปัญหาด้านการมองเห็น เห็นไม่ชัด หรือสายตามัว ในขณะที่การได้ยินปกติ ร้อยละ 78.95 และค่าเฉลี่ยการใช้ยาที่บ้านอยู่ที่ 4.11 ชนิด (SD = 2.81) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการมีโรคประจำตัว ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 อาการนำมาโรงพยาบาลที่สำคัญ 3 ลำดับแรก คือ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีไข้ และปวดท้อง ร้อยละ 47.37, 31.58 และ 10.53 ตามลำดับ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ 3 ลำดับแรก คือ congestive heart failure, pneumonia และ chronic kidney disease ร้อยละ 31.58, 15.79 และ 10.53 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (n = 19)

ข้อมูล	ต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง			19	100
อายุ (ปี)	60 - 94	76.53 (9.49)		
60 - 69			5	26.32
70 - 79			6	31.58
80 - 89			7	36.84
90 - 94			1	5.26
ความสามารถในการมองเห็น				
เห็นชัดเจน			8	42.11
เห็นไม่ชัด หรือสายตามัว			11	57.89
ความสามารถในการได้ยิน				
ได้ยินชัดเจน			15	78.95
มีปัญหาการได้ยินบ้าง เช่น หูตึง หูอื้อ			4	21.05

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (n = 19) (ต่อ)

ข้อมูล	ต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนยาที่ใช้เป็นประจำที่บ้าน	0 - 10	4.11 (2.81)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี			0	.00
มี			19	100
อาการนำมาโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
หอบเหนื่อย หายใจลำบาก			9	47.37
มีไข้			6	31.58
ปวดท้อง			2	10.53
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เมื่อแรกรับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
Congestive heart failure			6	31.58
Pneumonia			3	15.79
Chronic kidney disease			2	10.53

ความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ณ เวลาแรกรับรักษาในหอผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 31.58 ไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ขณะเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุก และอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (n = 19)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความชุก		
เกิด	6	31.58
ไม่เกิด	13	68.42
อุบัติการณ์		
เกิด	0	.00
ไม่เกิด	19	100

ความต้องการการดูแลเมื่อพักรักษาในหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความต้องการการดูแลในเรื่องของการได้รับข้อมูลภาวะสุขภาพ การได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง การอำนวยความสะดวกในการติดต่อกับบุคลากร การส่งเสริมการนอนหลับ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันอุบัติเหตุ และการสนับสนุนด้านจิตใจหรือกำลังใจ

ผลการวิเคราะห์การศึกษาบริบทโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล

ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และพยาบาลเยี่ยมบ้าน รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ใน 2 ประเด็นหลัก คือ

1. สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในปัจจุบัน

1.1 การดูแลเพื่อจัดการผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วย ยังไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจนในผู้สูงอายุ แต่จะมีแนวปฏิบัติที่ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันขณะนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติทั่วไปไม่จำเพาะกับกลุ่มวัยสูงอายุ

"...นโยบายภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังไม่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการรักษาตามสภาพความเจ็บป่วย อาจจะเป็นไปได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว-P1..."

"...ยังไม่มีแต่จะมีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่จะมีการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะเรื่องความเสี่ยงต่าง ๆ แต่จะเป็นลักษณะของการดูแลรักษาปกติตามช่วงวัย มีการประเมินเพิ่มเติม ถ้าเป็นผู้สูงอายุเข้ามารักษา-P3..."

1.2 บุคลากรทีมสุขภาพจะพบผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมากในเวลาเวรบ่าย และเวรดึก โดยผู้ป่วยจะมีอาการโวยวาย สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และไม่ทำตามคำสั่ง การดูแลจะเน้นการจัดการพฤติกรรมร่วมกับการหาสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ พยาบาลจะเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการประเมินระดับการรู้สติ ในส่วนของการป้องกันยังเป็นแบบ secondary prevention คือ เป็นการป้องกันเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว

"...เมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานระยะหนึ่ง มักจะมีภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากไม่มีใครพูดคุยด้วย ส่วนใหญ่ญาติไม่ค่อยมาเยี่ยม ถ้าเคสไหนญาติมาบ่อย ๆ จะไม่ค่อยเกิดอาการที่เจอ เช่น โวยวาย ลุกเดินทั้งคืน ไม่นอน กรณีรู้สาเหตุก็จะแก้ไขที่สาเหตุก่อน ส่วนคนที่มีอาการเกิดขึ้น และทราบว่ามีประวัติเคยเป็นก็จะให้ยากลุ่ม antipsychotic drugs ในการรักษา ส่วนการป้องกันเน้นการป้องกันเมื่อมีอาการเกิดขึ้นแล้ว เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม -P6..."

"...ผู้สูงอายุที่มีภาวะเฉียบพลันจะมีอาการสับสน พูดไม่รู้เรื่อง ตะโกนโวยวาย ลุกปีนเตียง พยายามดึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตัวออก มักเป็นเวรบ่าย - ดึก พบในรายที่ไม่รู้ตัวว่าตอนนี้นอนโรงพยาบาลอยู่ และไม่มีคนคุ้นเคยอยู่ใกล้ ๆ ถ้าเจอก็จะประเมิน จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ย้ายเตียงให้อยู่ในจุดที่ไม่มีเสียงดังแต่อยู่ในสายตา กรณีรุนแรงให้รายงานแพทย์เพื่อขอยาระงับอาการ และประสานให้ญาติอยู่ต่อช่วงระยะหนึ่งจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบ-P11..."

ในส่วนของบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกำหนดอาหาร นักสังคมสงเคราะห์ พบว่า จะไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่จะมีความเกี่ยวข้องเมื่อได้รับการปรึกษา (consult) ให้มาดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง

"...ส่วนใหญ่ที่เจอจะโวยวาย สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่ทำตามคำสั่ง ก็จะช่วยทำกายภาพให้เท่าที่ทำได้ หลังจากนั้นรอ 1 - 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าระดับการรู้สติจะกลับมาเป็นปกติจึงเริ่มฝึกใหม่ กรณีผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจะใช้ home program โดยแนะนำญาติให้ทำกายภาพให้ผู้ป่วย-P5..."

"...ไม่มีการจัดการโดยตรงขณะเกิดอาการ อาจเป็นการรับ consult เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา-P7..."

"...ไม่เคยพบสถานการณ์ เนื่องจากงานบริการมุ่งแก้ไขปัญหาด้านค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิการรักษาเป็นหลัก โอกาสที่จะได้ให้บริการกับผู้ป่วยเป็นช่วงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอาจมีการประสานแจ้งข้อมูลประวัติการเกิดภาวะเฉียบพลันขณะนอนโรงพยาบาล และระบุความต้องการการสนับสนุนการดูแลเมื่อต้องอยู่ที่บ้าน-P8..."

1.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมาก่อน ในขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เคยได้ยิน เข้าใจว่า

ภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ การที่ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม ซึม หมดสติหรือไม่มีสติ อยากจะพูดอะไรก็พูดออกมาเลย ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนไม่เคยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับภาวะดังกล่าวจากบุคลากรด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าได้รับการดูแลช่วยเหลือในเรื่องการตรวจเยี่ยมที่เตียง การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย และการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ

"...ซึม แกก็จะนึกอยู่นานว่าอะไรเป็นอะไร แกลืมไปเลยเรื่องอะไร อะไร แกนึกอะไรแกก็จะพูดออกมาสติแกไม่ตั้ง-CG1..."

"...บางทีก็เป็น ๆ หาย ๆ ไม่รู้ว่าเป็นอะไร บางทีดี บางทีก็ดูสับสน ไม่มีใครบอกอะไร แต่สังเกตว่าจะเป็น ๆ หาย ๆ เดี๋ยวดี เดี๋ยวไม่ดี-CG2..."

"...ขณะอยู่ในโรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่เข้ามาพูดคุย มีถามชื่อ อยู่ที่ไหน เป็นอะไรอย่างนี้ ถามความจำ คอยดู คอยถามเรื่องอาหารการกิน -CG3..."

"...กลางคืน ไม่มีเสียงรบกวน เค้าบอกหลับได้ กลางคืนเค้าปิดไฟ เงียบ-CG4..."

2. ความต้องการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.1 บุคลากรทีมสุขภาพ ต้องการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเริ่มจากการสร้างทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นจึงเริ่มจัดทำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแนวปฏิบัติควรจะครอบคลุมในเรื่อง ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ต้องใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบท ร่วมกับการประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรคร่วม และโรคประจำตัว 2) มีแนวทางการป้องกันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้รับยา ซึ่งมีผลต่อจิตประสาท 3) ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวนาน และเป็นโรคเรื้อรัง ควรมีการร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วย 4) การดูแลควรร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะรายบุคคล ร่วมกับสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วม เพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ 5) การส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ เนื่องจากการพักในหอผู้ป่วยรวม และกิจกรรมการพยาบาลตามเวลา อาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับได้ 6) เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แพทย์ พยาบาลผู้ดูแล และพยาบาลเยี่ยมบ้าน รวมถึงญาติ ควรมีการร่วมกัน เพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เพื่อติดตาม และวางแผนต่อเนื่อง รวมไปถึงการดูแลด้านสังคม การช่วยเหลือหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ให้มีการดูแลที่ต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และ 7) พัฒนาการบันทึกข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ใน 2 - 3 ชั่วโมง และอาการสามารถหายได้เอง หากไม่มีการบันทึกข้อมูลไว้หรือขาดการส่งต่อข้อมูล อาจจะทำให้การติดตามไม่ต่อเนื่อง

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย การป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อที่ผู้ดูแลจะสามารถช่วยดูแลได้ นอกจากนั้น ผู้ดูแลยังต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยยินดีที่จะอยู่เฝ้าหรือช่วยระวังเรื่องความปลอดภัย เมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน และยินดีที่จะเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้เพื่อที่จะสามารถนำกลับไปดูแลผู้ป่วยได้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม

จากข้อมูลในระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ผู้วิจัย และบุคลากรทีมสุขภาพได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น โดยใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute care model) ของ Iyer และคณะ[18] ปรับปรุงโดย Zackoff และคณะ[19] เป็นฐานในการออกแบบ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

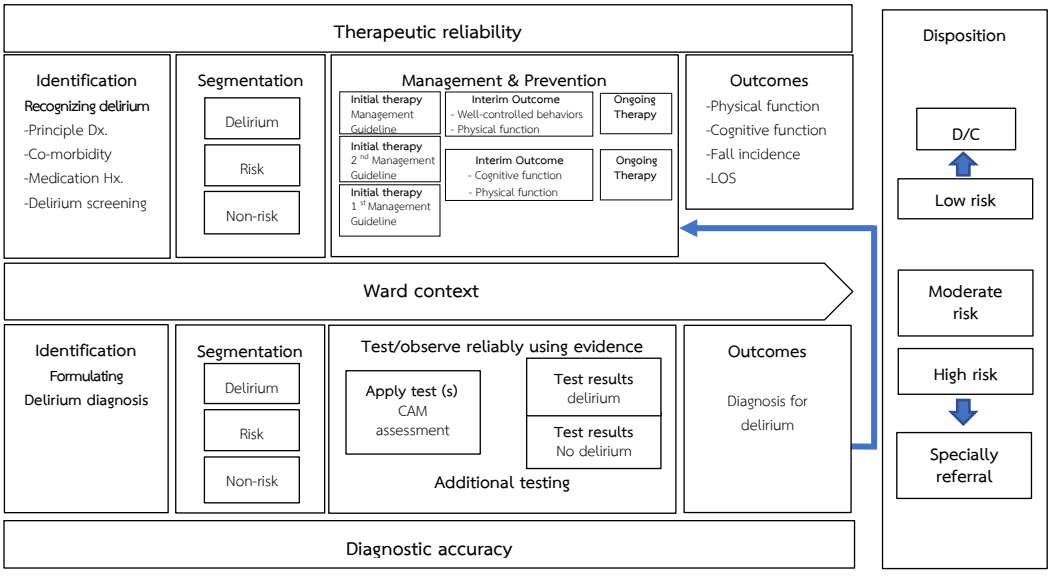
1. การคัดแยกผู้สูงอายุ (identification and segmentation) เน้นที่การประเมินเพื่อระบุถึงปัญหาหรือความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จากนั้นจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลต่อไป

2. การจัดการดูแลตามสภาพปัญหา (management and prevention) เน้นการจัดการแก้ไขปัญหาตามลักษณะของสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในขณะนั้น และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาเป็น 2 ระยะ คือ ผลลัพธ์ระยะแรก ซึ่งได้แก่ การประเมินพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงผลลัพธ์ในระยะยาว เป็นการประเมินอัตราการพลัดตกหกล้ม และระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล

3. การประเมินอย่างถูกต้องตามความจำเป็น (diagnostic accuracy) เน้นการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดหรือค้นหาสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันควบคู่ไปกับการรักษา ในรายที่พบความผิดปกติจะรายงานแพทย์ประจำหอผู้ป่วยเพื่อนำเข้าสู่การวินิจฉัยปัญหา และรับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติข้างต้นต่อไป

4. การจำหน่ายผู้สูงอายุจากความดูแล (disposition) การวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับบ้าน โดยเน้นให้ครอบครัว และผู้ดูแลตลอดจนทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้มีความต่อเนื่อง รายละเอียดดังรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลัน มีค่าร้อยละ 31.58 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุในสถานพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาลที่รักษาโรคระยะเฉียบพลัน มีค่ามากถึงร้อยละ 23.00 - 36.41[20-21] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของภาวะดังกล่าวที่มักเกิดขึ้นได้มาก ทั้งนี้อาจมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 76.53 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้สูง[3] และร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว

รวมถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่รุนแรง คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะปอดอักเสบ และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงอาจส่งผลให้ความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการศึกษานี้สูง

ผู้สูงอายุทั้งหมด มีความต้องการการดูแลในเรื่องของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และแผนการรักษา การได้รับคำแนะนำดูแลตนเอง สุขอนามัย การอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ การได้รับการส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อน การดูแลส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการป้องกันอุบัติเหตุ รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนด้านจิตใจหรือกำลังใจ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัวเมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุ และญาติต้องการ คือ การถูกมองเห็น และมีคุณค่าในฐานะบุคคล การดูแลแบบรายบุคคล การสื่อสารและข้อมูลที่ปรับให้เข้ากับผู้ป่วย รวมถึงการให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล[22]

ในด้านสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ประเด็นสำคัญ คือ นโยบายหรือแนวปฏิบัติในการดูแลเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการขาดกระบวนการประเมินทางคลินิก รวมถึงการประเมิน เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งมีความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วย อาจเป็นไปได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่เป็นที่สนใจของทีมสุขภาพอย่างชัดเจน เนื่องจากถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า อุปสรรคในการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยนั้น เกี่ยวข้องกับการที่พยาบาลมีความเข้าใจต่อภาวะนี้ยังไม่เพียงพอ[23] และพยาบาลยังไม่ได้นำเครื่องมือคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้อย่างสม่ำเสมอ โดยมักจะใช้ประสบการณ์ส่วนบุคคลในการประเมินผู้ป่วยมากกว่าซึ่งอาจส่งผลให้การประเมิน และการค้นหาผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้[24]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ และความเข้าใจต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนไม่เคยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับภาวะดังกล่าวจากบุคลากรด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่พบว่า ครอบครัวและผู้ดูแลมีความต้องการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ที่ผ่านมาผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ อาจเป็นไปได้ว่าช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุมักเกิดอาการเป็นช่วงค่ำ จนถึงกลางคืน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์ อีกทั้งผู้ดูแลจะได้รับแจ้งข้อมูลการเกิดภาวะสับสนในภายหลัง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความเข้าใจสภาพปัญหาดังกล่าว[25] ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทมากขึ้น

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม พบว่า มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดแยกผู้สูงอายุ (identification and segmentation) โดยในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะมีการคัดแยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบการคัดกรองแบบเดิมที่มีการคัดกรองผู้ป่วยเป็นแค่ 2 กลุ่ม คือ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน[15-16] เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงแต่ละระดับ 2) การจัดการดูแลตามสภาพปัญหา (management and prevention) สอดคล้องกับผลการคัดแยกผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในกลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะเน้นการรักษา และการป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดอาการซ้ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จะเน้นการป้องกันตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ และกลุ่มทั่วไป เน้นการป้องกันตามปัจจัยโดยทั่วไป ทั้งนี้ การดูแลในทุกกลุ่มจะเน้นที่

การมีส่วนร่วมของครอบครัว และผู้ดูแล เนื่องจากการนำครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ทำให้สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษาหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น นอกจากนี้ การนำครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมยังสามารถช่วยสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย ให้รู้สึกว่าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย[26] 3) การประเมินอย่างถูกต้องตามความจำเป็น (diagnostic accuracy) เป็นการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มทั่วไป เพื่อติดตามอาการ และค้นหาความผิดปกติ รวมถึงให้การรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงที โดยแนะนำให้มีการประเมินทุกเวร และ 4) การจำหน่ายผู้สูงอายุจากความดูแล (disposition) ซึ่งเน้นให้ครอบครัว และผู้ดูแล ตลอดจนทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการดูแลทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และหรือมีความเสี่ยง พยาบาลควรมีการประเมิน และวางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับ โดยการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และครอบครัวได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากรูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังไม่ได้มีการนำไปใช้ จึงควรนำไปศึกษาประสิทธิผลต่อ และอาจมีการศึกษาหรือขยายผลออกไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนการวิจัยสำนักยุทธศาสตร์ สภาการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Delirium [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 11]. Available from: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-Delirium.pdf
2. Johansson YA, Bergh I, Ericsson I, Sarenmalm EK. Delirium in older hospitalized patients-signs and actions: a retrospective patient record review. BMC Geriatr 2018;18(1):43. doi: 10.1186/s12877-018-0731-5.
3. Jaipang C, Malathum P, Sutti N, Likitjaroen Y. Acute confusional state and management by healthcare personnel among medical elderly patients in a tertiary care hospital. Nursing Research and Innovation Journal 2020;26(2):123-37. (in Thai)
4. Geriatric Medicine Research Collaborative. Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: results of a prospective multi-centre study on world delirium awareness day. BMC Medicine 2019;17(1):229. doi: 10.1186/s12916-019-1458-7.

5. Kinchin I, Mitchell E, Agar M, Trépel D. The economic cost of delirium: a systematic review and quality assessment. Alzheimer's Association 2021;17(6):1026-41. doi: 10.1002/alz.12262.
6. Weng CF, Lin KP, Lu FP, Chen JH, Wen CJ, Peng JH, et al. Effects of depression, dementia and delirium on activities of daily living in elderly patients after discharge. BMC Geriatrics 2019;19(1):261. doi: 10.1186/s12877-019-1294-9.
7. Aldwikat RK, Manias E, Holmes AC, Tomlinson E, Nicholson P. Associations of postoperative delirium with activities of daily living in older people after major surgery: a prospective cohort study. Journal of Clinical Nursing 2023;32(19-20):7578-88. doi: 10.1111/jocn.16801.
8. Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L, et al. Perspectives on the delirium experience and its burden: common themes among older patients, their family caregivers, and nurses. The Gerontologist 2019;59(2):327-37. doi: 10.1093/geront/gnx153.
9. Poulin TG, Krewulak KD, Rosgen BK, Stelfox HT, Fiest KM, Moss SJ. The impact of patient delirium in the intensive care unit: patterns of anxiety symptoms in family caregivers. BMC Health Services Research 2021;21(1):1202. doi: 10.1186/s12913-021-07218-1.
10. Krairit O. Delirium and dementia. In: Assantachai P, Chomwattanachai S, Niamhom S, Thongnuam N, editors. Geriatric syndrome. Bangkok: Is August; 2015. p. 61-70. (in Thai)
11. Wichian K, Panpanit L. Development of a clinical nursing practice guideline for delirium prevention in older patients admitting in coronary care unit, Khon Kaen hospital. The National and International Graduate Research Conference 2017; 2017 Mar 10; Khon Kaen University Hall. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2017. p. 974-85. (in Thai)
12. 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 hospital. Nursing Science Journal of Thailand 2015;33(1):60-8. (in Thai)
13. McKenzie J, Joy A. Family intervention improves outcomes for patients with delirium: systematic review and meta-analysis. Australasian Journal on Ageing 2020;39(1):21-30. doi: 10.1111/ajag.12688.
14. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Geelong: Deakin University; 1988.
15. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal 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. doi: 10.7326/0003-4819-113-12-941.
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lerttrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. BMC Primary Care 2011;12:65. doi: 10.1186/1471-2296-12-65.
17. Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. The Nursing Clinics of North America 1984;19(3):427-32.

18. Iyer SB, Reeves S, Varadarajan K, Alessandrini EA. The acute care model: a new framework for quality care in emergency medicine. Clinical Pediatric Emergency Medicine 2011;12(2):91-101. doi: 10.1016/j.cpem.2011.04.002.
19. Zackoff MW, Iyer S, Dewan M. An overarching approach for acute care delivery: extension of the acute care model to the entire inpatient admission. Translational Pediatrics 2018;7(4):246-52. doi: 10.21037/tp.2018.09.14.
20. Yan GBS, Ruqi GBS, Ruiqi Yang MSN, Xiuni G. Prevalence, risk factors, and outcomes of subsyndromal delirium in older adults in hospital or long-term care settings: a systematic review and meta-analysis. Geriatric Nursing 2022;45:9-17. doi: 10.1016/j.gerinurse.2022.02.021.
21. Gibb K, Seeley A, Quinn T, Siddiqi N, Shenkin S, Rockwood K, et al. The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: a systematic review and meta-analysis study. Age and Ageing 2020;49(3):352-60. doi: 10.1093/ageing/afaa040.
22. Weldingh NM, Kirkevold M. What older people and their relatives say is important during acute hospitalisation: a qualitative study. BMC Health Services Research 2022;22(1):578. doi: 10.1186/s12913-022-07981-9.
23. Lim XM, Lim ZHT, Ignacio J. Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: a qualitative systematic review and meta-aggregation. International Journal of Nursing Studies 2022;127:104157. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104157.
24. Emme C. "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": a qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. Journal of Clinical Nursing 2020;29(15-16):2849-62. doi: 10.1111/jocn.15300.
25. Bull MJ, Boaz L, Sjostedt JM. Family caregivers' knowledge of delirium and preferred modalities for receipt of information. Journal of Applied Gerontology 2016;35(7):744-58. doi: 10.1177/0733464814535484.
26. Kang Y, Moyle W, Cooke M, O'Dwyer S. South Korean family caregiver involvement in delirium care: a qualitative descriptive study. Journal of Gerontological Nursing 2017;43(12):44-51. doi: 10.3928/00989134-20170707-03.