

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมองเสื่อมจัดเป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาทที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; Boyd, 2005) เป็นกลุ่มอาการที่มีการเสื่อมเสีย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยเฉพาะความจำ มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป (Boyd, 2005) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ในระหว่างการเจ็บป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Schneider & Dagerman, 2003) และพฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง พฤติกรรมทางเพศ ไม่เหมาะสม มีการทำกิจกรรมเดิมซ้ำๆ นอกจากนี้ความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อย คือ ภาวะซึมเศร้าและอาการที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดโดยอาการทางจิตที่มีความถี่ในการเกิดมากที่สุด คือ อาการกระสับกระส่าย โกรธโมโหอย่างรุนแรง หวาดระแวงกลัว มีหูแว่ว งงสับสนในตอนกลางคืน เดินไปมาไม่มีจุดหมาย ซึ่งอาการดังกล่าวจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม (Kumar & Elsdorfer, 1998)

ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางรายพบว่า อาการเดินไปมาไม่มีจุดหมายเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล ไม่ได้พักผ่อน อยู่ไม่นิ่ง หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะวิตกกังวลจากการมองหาสิ่งของบางสิ่ง เช่น หิ้งน้ำ อาหาร บุคคลในครอบครัว สถานที่ (Rader, Doan & Schwab, 1985; Algate, 1999) เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยกับใบหน้าและเสียงของผู้ที่อยู่รอบข้าง อีกทั้งผู้ป่วยได้รับยา ได้รับความเจ็บปวด หรือได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับอยู่ก่อนแล้วนั้นก็ยิ่งจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยเดินไปมาไม่มีจุดหมายมากยิ่งขึ้น (Silverstein & Flaherty, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (Thomas, 1995) ประกอบกับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนี้ มีลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกายช้ากว่าปกติ ลักษณะการเดินจะเป็นแบบก้าวสั้นๆ และมีลักษณะการแกว่งตัวเดินมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเพศและวัยเดียวกัน โดยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติของท่าทางการเดินจะเกิดการหกล้มมากกว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีท่าทางการเดินปกติ (Shaw, 2003)

ด้วยเหตุนี้การหกล้มและอาการบาดเจ็บที่เกิดจากการหกล้มจึงพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (จันทร์ชัย ตรียางประเสริฐ, 2544)

ผลจากการหกล้มสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมใน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงได้รับบาดเจ็บมาก คือ ผู้ป่วยเกิดแผลถลอก ในบางรายได้รับบาดเจ็บกระดูกหักและไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ซึ่งผู้ที่หกล้มและนอนอยู่บนพื้นเป็นเวลานานมากกว่า 12 ชั่วโมงโดยไม่มีผู้มาพบเห็นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ เกิดแผลกดทับ เกิดภาวะขาดน้ำ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ เกิดภาวะปอดบวมและทำให้เสียชีวิตได้ (Doom, et al., 2003; WHO, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดหกล้มสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด (Dunn, 2001) มีอาการปวดอย่างเรื้อรัง และคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (American Medical Directors Association [AMDA], 2005) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ กลัวการหกล้มซ้ำ สูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สูงส่งกับใคร หมกตำลึงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Doom et al., 2003; WHO, 1994) และผู้ป่วยมีความคาดหวังในการดำเนินชีวิตลดลง (AMDA, 2005) นอกจากนี้ผลกระทบในด้านเศรษฐกิจยังพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (De Carl & Kohn, 2001) ผลของการหกล้มนอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบถึงองค์กรคือ ทำให้เพิ่มต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดหกล้ม (Cohen and Guin, 1991; Doom et al., 2003) ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์ว่าโรงพยาบาลมีต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่หกล้มเป็นเงินจำนวน 4,233 เหรียญสหรัฐต่อปี (Bates, Pruess, Souney and Platt, 1995)

การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน และเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายทรุดลงนั่ง หรือนอนกับพื้นในระดับเดียวกันหรือตกลงไปสู่ระดับที่ต่ำกว่า โดยอาจปะทะกับสิ่งของต่างๆ ก่อน หรือหลังการสัมผัสพื้นได้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดจากสาเหตุภายนอก ได้แก่ การรับแรงกระแทก หรือจากอุบัติเหตุการจราจร (กมลทิพย์ ภูมิศรี, 2547; Zecevic, Salmoni, Speechley & Vandervoort, 2006) ซึ่งการหกล้มมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชที่มีความพร้อมทางด้านการรู้คิด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Alzbrain organization, 2003)

จากรายงานการศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีชาวอเมริกันป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 4.5 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่า

ใน พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นถึง 11 ล้านคน โดยร้อยละ 10-15 เป็นผู้ที่มียามากกว่า 65 ปี และมีความพร้อมด้านการรู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันมีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมสูงกว่าชาวละตินอเมริกันที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา (Boyd, 2005) ในขณะที่ประเทศอังกฤษมีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 5 ในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 15 พบในผู้ที่มียามากกว่า 80 ปีขึ้นไป (Shaw, 2003) สำหรับประเทศแคนาดาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้ที่มียามากกว่า 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 2 (Lindsay, Sykes, McDowell, Verreault & Laurin, 2004) นอกจากนี้จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) พบว่า ในหลายๆ ประเทศมีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมทุกชนิดประมาณร้อยละ 1 ซึ่งการเกิดโรคจะสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบอยด์ (Boyd, 2005) พบว่า ประชากรที่อายุระหว่าง 30-59 ปี, 60-69 ปี, 70-79 ปี, และ 80-89 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมคิดเป็น ร้อยละ 0.02, 0.30, 3.10 และ 10.80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบจะเริ่มพบในผู้ที่มียามากกว่า 60 ปีขึ้นไป สำหรับอุบัติการณ์โรคสมองเสื่อมในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีรายงานตัวเลขที่แน่นอนว่าประชากรไทยป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมมากน้อยเพียงใด (สิรินธร ฉันทศิริกาญจน, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม (Alzbrain organization, 2003; AMDA, 2005; Shaw, 2003; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2005) โดยด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาของชอว์ (Shaw, 2003) พบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้แก่ มีความพร้อมในด้านการมองเห็น มีอาการสับสน หรือมีอาการทางจิต หรือระดับความรู้สึกตัวไม่ปกติ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขนและขาขาดความสมดุล เดินเรื่อยเปื่อยขาดความระมัดระวัง มีความพร้อมในการตระหนักรู้สิ่งที่เป็นอันตราย ได้รับยาต้านโรคจิต หรือยาต้านซึมเศร้า หรือยาคลายความวิตกกังวล หรือยานอนหลับ และได้รับยาที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยมีความต้องการเข้าห้องน้ำเพื่อปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อนจะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มเป็นอย่างมาก (JCAHO, 2005) สำหรับด้านการพยาบาลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของผู้ป่วยที่หกล้มในผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2538-2546 ของคณะกรรมการประกันคุณภาพขององค์การดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2005) พบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องด้านการพยาบาลผู้ป่วย เกิดจากพยาบาลขาดการประเมินเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว การทรงตัวของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วยต่อการหกล้ม ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ไม่มีการสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลป้องกันการหกล้มให้กับทีม

พยาบาลผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความแตกต่างในปัจจัยเสี่ยง การไม่ตระหนักในปัญหาความต้องการในการขับถ่ายของผู้ป่วย (Sullivan & Badros, 1999) ไม่มีการสำรวจและดูแล/ แก้ไข พื้นที่เสี่ยงต่อการหกล้ม การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีความไม่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ขาดความระมัดระวังในการใช้ไม้กั้นเตียงด้านข้าง ขาดความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ล้อเข็น (Alzbrain Organization, 2003) นอกจากนี้การผูกยึดผู้ป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสับสนยิ่งขึ้นแล้วเกิดการหกล้มในผู้ป่วย (Middleton, Keene, Johnson, Elkins & Lee, 1999) และในด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเสี่ยงที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายเตียงบนหอผู้ป่วยทำให้หกล้มเพิ่มขึ้น พรหมปูพื้นที่มีแสงระยิบระยับหรือแวววาว พรหมหรือผ้าเช็ดเท้าที่ไม่ยึดอยู่กับที่ แสงไฟในห้องนอนผู้ป่วยที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอทำให้มองเห็นได้ไม่ชัดเจน (AMDA, 2005) ความสูงของเตียงไม่เหมาะสมกับความสูงของผู้ป่วย ช่องว่างระหว่างเตียงแคบเกินไป น้ำและปัสสาวะที่หยดอยู่บนพื้น (Capezuti et al., 1999) จะส่งผลทำให้เกิดหกล้มได้

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาสถานการณ์ของการหกล้มในโรงพยาบาลนั้น พบน้อยมากและไม่มีรายงานไว้ชัดเจน เนื่องจากปัญหานี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาด้านการหกล้มจึงกระทำในชุมชนมากกว่า (เรณูอาจาสาลี, และ อรพรรณ โตสิงห์, 2546) ดังเช่น เลาสวัสดิ์ชัยกุล (Loasawatchaikul, 1999) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและผลจากการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หกล้มบริเวณในบ้านและบริเวณนอกบ้าน โดยห้องน้ำเป็นสถานที่หกล้มมากที่สุด สาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยภายนอกโดยเฉพาะการลื่นหกล้ม โดยผลจากการหกล้มพบว่าส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหัก อีกทั้งผู้สูงอายุยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และศิริพร พรพุทธยา (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับต่ำมาก ส่วนรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาในโรงพยาบาล พบว่าบุปผา จันทรจรัส (2546) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้เวลาน้อย ง่ายต่อการใช้ และสะดวกในการประเมินซ้ำ สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์จริงในคลินิกได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานการศึกษาในประเด็นนี้ พบแต่การศึกษาของสุดารัตน์ คงบุญ, ชมชื่น สมประเสริฐ และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2548) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนปราวณีย์ สาระ, นฤมล ศรีทานันท์, และ ชวลีวรรณ เพียรทอง (2537) ได้ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าการหกล้มของผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในช่วงเวลากลางวัน และสถานที่เกิดหกล้มที่พบบ่อยคือ ห้องน้ำ ผลกระทบจากการหกล้มทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลถลอก

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต มีหน้าที่หลักคือ รับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาล บำบัดรักษา ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชระดับตติยภูมิ (tertiary care) จากสถิติการเข้ารับการรักษานานของผู้ป่วยในปี 2546, 2547, และ 2548 พบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 281, 308, และ 334 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.02, 41.80, และ 42.90 ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษานานแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและหลังจากที่แพทย์รับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยมุขิตา ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสวนปรุงมีนโยบายให้พยาบาลหมุนเวียนไปปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ ทุกๆ 2 ปี (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) ดังนั้นพยาบาลส่วนมากจึงมีโอกาสดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการสำรวจการเกิดอุบัติเหตุประจำปี 2548 โดยบุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวชและหอผู้ป่วยมุขิตา พบว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุของโรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึงเดือนมกราคม 2548 มีจำนวน 177 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชต่างๆ รวมทั้งโรคสมองเสื่อม แต่ในการสำรวจนี้ไม่ได้จำแนกตามโรค ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนั้น คิดเป็นร้อยละ 21.47 โดยเป็นผู้ป่วยชายร้อยละ 60.53 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 39.47 อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 85 และเมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า ร้อยละ 55.88 เกิดผลกระทบไม่รุนแรงและสามารถรักษาหายได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมคือ มีการบาดเจ็บแผลถลอก และร้อยละ 8.82 เกิดผลกระทบที่รุนแรง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่ากำหนด ได้แก่ การลื่นหกล้ม ศีรษะกระแทกพื้นสลับ กระดูกหัวไหล่แตก กระดูกหน้าผากยุบ ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ดังกล่าว เกิดจากการหกล้มคิดเป็นร้อยละ 84.20 เมื่อพิจารณาการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 91.18 สถานที่ในการเกิดอุบัติเหตุ เกิดในห้องนอนผู้ป่วยรวมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ ห้องน้ำ ร้อยละ

17.15 (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) นอกจากนี้ในเดือนตุลาคม 2548 มีผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุนาน 1 ราย มีภาวะงงสับสน หกล้มศีรษะกระแทกพื้น ทำให้มีเลือดคั่งในสมอง แพทย์ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน แต่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันต่อมา (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของจิตภุมิตา โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มสูง (Alzbrain organization, 2003) จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีบุคลากรที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเพียงพอ (Kallin, Gustfson, Sandman & Karlsson, 2005) โดยอัตราส่วนบุคลากรต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มควรเป็น 1:1 (Mackey, 2006) แต่ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลสวนปรุงมีอัตราส่วนบุคลากรต่อผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มเป็น 1:20 ซึ่งยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง, 2549)

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่สามารถทำนายล่วงหน้าและสามารถป้องกันได้ (Morse, 1997) โดยการค้นหาปัจจัยที่เป็นตัวส่งเสริมการหกล้ม รวมถึงการนำกลยุทธ์ในการป้องกันการหกล้มมาใช้ การเกิดหกล้มในโรงพยาบาลไม่ได้เป็นงานที่อยู่ในขอบข่ายของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นงานที่ควรอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังคือ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น ในการคำนึงถึงการป้องกันการหกล้มจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยทุกด้านที่เป็นสาเหตุของการหกล้ม (เรณู อาภาสาลี, และ อรพรรณ โตสิงห์, 2546; Shanley, 2003; The Joanna Briggs Institute, 1998)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ที่ผ่านมามีพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุงได้ให้การพยาบาลหลังจากเกิดหกล้มแล้ว แต่ยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งหากพยาบาลมีการรับรู้และตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนรับรู้วิธีการป้องกันการหกล้ม จะช่วยลดอุบัติการณ์การหกล้มได้ (Shanley, 2003; The Joanna Briggs Institute, 1998) และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ลดต้นทุนด้านการดูแลรักษา รวมทั้งบุคลากรไม่ถูกร้องเรียน (Alzbrain organization, 2003; JCAHO, 2005) ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม 3 ด้านจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม (Alzbrain organization, 2003; AMDA, 2005; JCAHO, 2005; Shanley, 2003)

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

ปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือนสิงหาคม 2549

นิยามศัพท์

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อนและเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายทรุดลงนั่งหรือนอนกับพื้นในระดับเดียวกันหรือตกลงไปสู่ระดับที่ต่ำกว่า โดยอาจปะทะกับสิ่งของต่างๆ ก่อน หรือหลังการสัมผัสพื้นได้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดจากสาเหตุภายนอก ได้แก่ การรับแรงกระแทกหรือจากอุบัติเหตุการจราจร

ปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้ม หมายถึง สิ่งที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วย ด้านการพยาบาลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม (Alzheimer's Disease Society, 2003; AMDA, 2005; JCAHO, 2005; Shaw, 2003) ซึ่งประเมินโดยแบบวัดที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังกล่าวตามการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder Forth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994)