

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาคือครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคสมองเสื่อม
 - 1.1 อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อม
 - 1.2 สาเหตุของโรคสมองเสื่อม
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
 - 1.4 การแบ่งความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม
 - 2.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 2.2 ประเภทของการหกล้ม
 - 2.3 อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
3. ปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
4. ผลกระทบของการหกล้ม
5. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้ม

โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติของสมองส่วนคอร์ติซอล ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การคิด การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ ความสามารถในการเข้าใจ การคิดคำนวณ ความสามารถในการเรียนรู้ภาษาและการตัดสินใจ มีความพร่องทางด้านการตระหนักรู้ การควบคุมอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมการเข้าสังคม หรือแรงจูงใจในการเข้าสังคมเปลี่ยนแปลงไป (WHO, 1994)

อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 4 ของประเทศที่พัฒนาแล้ว (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวณิช, 2544) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ปัจจุบันมีชาวอเมริกันป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 4.5 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2583 จะเพิ่มขึ้นถึง 11 ล้านคน โดยร้อยละ 10-15 เป็นผู้ที่มียุมากกว่า 65 ปี และมีความพร้อมด้านการรู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันมีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมสูงกว่าชาวละตินอเมริกันที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา (Boyd, 2005) ในขณะที่ประเทศอังกฤษมีอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 5 ในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป และ ร้อยละ 15 พบในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป (Shaw, 2003) สำหรับประเทศแคนาดาพบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อมในผู้ที่อายุ 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 และส่วนใหญ่โรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบจะเริ่มพบในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้หากพิจารณาจากปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคสมองเสื่อมพบว่า ลักษณะทางพันธุกรรมมีส่วนเสริมให้เกิดภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 31 และในคู่แฝดแท้ หากคนใดคนหนึ่งเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ อีกคนหนึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์เช่นเดียวกัน สูงถึงร้อยละ 40-50 และพบว่า ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ มีบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ปัจจัยเกี่ยวกับเพศพบว่า เนื่องจากเพศหญิงอายุยืนกว่าเพศชาย มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากกว่าเพศชาย 2 เท่า นอกจากนี้ พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม และมีความพร้อมของการรู้สักรวมทั้งอาการของโรคจะปรากฏขึ้นเร็วกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; Boyd, 2005)

สาเหตุของโรคสมองเสื่อม

สาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่อย่างไรก็ตามมีสมมติฐานหลายประการ ที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การเสื่อมสลายของสมอง หรือมีการตายของเนื้อสมอง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วยังไม่ทราบสาเหตุ หรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เนื้อสมองตาย โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน เป็นต้น โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดโดยเฉพาะในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ซึ่งพบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุของโรคสมองเสื่อมร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีรายงานตัวเลขที่แน่นอนว่าคนไทยเป็นโรคอัลไซเมอร์มากนักน้อยเพียงใด และคิดเป็นอัตราส่วนเท่าไรของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด (สิรินทรฉันทศิริกาญจน, 2549)

2. หลอดเลือดสมองที่ไปเลี้ยงสมองมีการหนาตัว แข็งตัว หรือมีการตีบตัวผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงมาก จนถึงระดับที่ไม่เพียงพอกับการใช้งานของสมองก็จะทำให้เนื้อสมองตายไป ถ้าการตายของเนื้อสมองนั้นเกิดขึ้นในพื้นที่เล็กๆ ก็อาจจะยังไม่แสดงอาการอะไรในระยะแรก แต่ถ้ามีการตายของเนื้อสมองเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดขึ้นซ้ำๆ จนเนื้อสมองมีการตายเป็นจำนวนมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมหรือเกิดโรคสมองเสื่อมได้ ในบางครั้งเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองนั้นเกิดการอุดตันในบริเวณเส้นเลือดใหญ่ เป็นผลทำให้เกิดเนื้อสมองตายเป็นบริเวณกว้าง ผู้ป่วยรายนี้อาจจะเกิดอาการสมองเสื่อมได้ ถึงแม้ว่าเส้นเลือดจะมีการอุดตันเพียงครั้งเดียวก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดบริเวณของสมองที่มีการเสียหายเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะมีเส้นเลือดสมองตีบผิดปกติ มักจะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง คือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันคลอเรสเตอรอลสูง หรือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ เป็นต้น (สิรินทรฉันทศิริกาญจน, 2549)

3. เกิดจากมีการสะสมของโปรตีนเบต้าอะมิลอยด์ (β -amyloid proteins) และสารอะลูมิเนียม (aluminum) เพิ่มขึ้นในสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของสมองลดลง (Boyd, 2005)

4. เกิดจากสารสื่อประสาทลดลง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีระดับโคลีนอะซิติลทรานเฟอเรส (choline acetyltransferase) ในสมองลดลง ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์อะซิติลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งอะซิติลโคลีน (acetylcholine) เกี่ยวข้องกับ

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (มานิต ศรีสุรภานนท์, และ จำลอง ดิษยวิช, 2544; Boyd, 2005; WHO; 1994)

5. เกิดจากการติดเชื้อในสมอง มีเชื้อไวรัสหลายชนิดที่ทำให้เกิดการอักเสบในสมอง เช่น เชื้อไวรัสสมองอักเสบ ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสสมองอักเสบจะมีการไข้และไวรัสจะขึ้นสู่สมอง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิตก็จะมีอาการเสียหายของเนื้อสมอง ซึ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นนี้ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อในสมอง เนื้อสมองบางส่วนที่ตายไปทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมลง ซึ่งเนื้อสมองจะเสียหายไปในช่วงที่มีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว นอนตลอดเวลา ถ้าอาการดีขึ้นจะเริ่มรู้ตัวแต่มักจะจำเหตุการณ์หรือจำบุคคลไม่ได้ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแปลกๆ บางรายมีอาการอะอะโววาย บางรายแสดงอาการว่าเห็นภาพหลอน ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นลักษณะของโรคสมองเสื่อมชนิดหนึ่ง นอกจากการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้แล้วในปัจจุบันยังมีเชื้อไวรัสอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ ไวรัสชนิดนี้เมื่อเข้าไปในร่างกายแล้วอาจจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง และไวรัสไปทำให้เกิดการติดเชื้อ เกิดการเสียหายของเนื้อสมอง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความจำ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เป็นลักษณะของคนเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ส่วนใหญ่แล้วโรคสมองเสื่อมที่เกิดจากการติดเชื้อในสมองนั้น มักพบในผู้ที่มีอายุน้อย (มานิต ศรีสุรภานนท์, และ จำลอง ดิษยวิช, 2544; สิริธร จันศิริกาญจน, 2549; Boyd, 2005; WHO; 1994)

6. เกิดจากการขาดสารอาหารบางชนิดโดยเฉพาะวิตามินบี 1 หรือวิตามินบี 12 ซึ่งวิตามินบี 1 เป็นสารที่ช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมองเป็นไปอย่างปกติ ผู้ที่ขาดวิตามินบี 1 มักจะพบในผู้ป่วยที่ติดสุราหรือเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มักจะดื่มสุราจนเมาและมักไม่ได้สารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับวิตามินบี 1 ที่ไม่เพียงพอส่งผลให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ จนอาจเป็นผลให้เซลล์สมองเสียหายตายไป นอกจากนี้วิตามินบี 12 ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำงานของสมอง ผู้ป่วยที่ขาดวิตามินบี 12 มักจะพบในผู้ที่รับประทานมังสวิรัตอย่างเคร่งครัดเป็นเวลานานหลายๆ ปี ส่วนใหญ่แล้วในคนไทยมักจะได้อาหารวิตามินบี 12 จากน้ำปลาหรือจากอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ เช่น หมู ผู้ที่รับประทานมังสวิรัตก็จะขาดสารอาหารตัวนี้ ดังนั้นผู้ที่รับประทานมังสวิรัตอย่างเคร่งครัดจึงควรได้รับวิตามินเสริมเป็นครั้งคราวเพื่อให้เพียงพอกับการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจพบการขาดวิตามินบี 12 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นออกไป ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารบางอย่างซึ่งช่วยในการดูดซึมวิตามินบี 12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เข้าสู่ระบบร่างกาย (สิริธร จันศิริกาญจน, 2549)

7. สมองเสื่อมจากการแปรปรวนของเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไทรอยด์บางชนิดผิดปกติไป เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ หรือทำงานน้อยกว่าปกติ การทำงานของตับ หรือของไตผิดปกติ จะทำให้เกิดของเสียคั่งอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าเกิดภาวะเช่นนี้นานๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549)

8. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นประจำ ภาวะนี้พบบ่อยในผู้ที่มีการบาดเจ็บซึ่งจะมีการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ โดยเฉพาะกลุ่มนักมวย นักกีฬาบางชนิดที่ต้องใช้ศีรษะกระทบสิ่งต่างๆ หรืออาจจะพบในผู้ป่วยที่ดื่มสุราจนเมาแล้วเดินชนสิ่งต่างๆ หรือหกล้มศีรษะฟาดพื้น ถ้ามีอาการเช่นนี้ เนื้อสมองที่กระทบกระเทือนนั้นจะตาย และเมื่อเนื้อสมองตายไปจำนวนมากก็จะทำให้การทำงานของสมองไม่ปกติ ทำให้มีอาการสมองเสื่อมได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, และ จำลอง ดิษยวณิช, 2544; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549)

9. สมองเสื่อมจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดจากทางด้านหน้าของสมอง ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการแบบที่พบในเนื้องอกสมองส่วนอื่น เช่น อาการแขนขาไม่มีแรง มองเห็นภาพซ้อน หรืออาการซึ่งแสดงว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะมากขึ้น เช่น อาเจียนหรือปวดศีรษะ แต่เนื้องอกในบริเวณนี้อาจจะทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงความจำ และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2549)

การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับโรคสมองเสื่อมมีดังต่อไปนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2544; APA, 1994; WHO, 1994)

A. การเกิดขึ้นของการเสื่อมในด้านการรู้หลายประการ (multiple cognitive deficits) ซึ่งแสดงออกทั้งสองข้อดังต่อไปนี้

1. เสื่อมเสียความจำ (memory impairment) เป็นการเสียความสามารถในการเรียนรู้ข้อมูลใหม่หรือการระลึกถึงข้อมูลที่เคยเรียนรู้มาก่อน
2. ความผิดปกติของการเรียนรู้ (cognitive disturbance) อย่างน้อย 1 ประการ ดังต่อไปนี้
 - a. ความผิดปกติของภาษา (aphasia)
 - b. การเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แม้ว่าการทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหวยังดีอยู่ (apraxia)

c. การล้มเหลวในการระลึกหรือบ่งบอกวัตถุแม้ว่าทำหน้าที่ด้านการรับสัมผัสจะยังดีอยู่ (agnosia)

B. การเสื่อมของการรู้ (cognitive deficit) ในข้อ A1 และ A2 เป็นเหตุให้เกิดการเสื่อมเสียการทำหน้าที่ของสังคมหรืออาชีพ และมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของระดับการทำหน้าที่

C. การดำเนินของโรคมีลักษณะการเริ่มป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป (gradual onset) และมีการลดลงของการรู้ (cognitive decline) อย่างต่อเนื่อง

D. การเสื่อมการรู้ (cognitive deficit) ในข้อ A1 และ A2 มาได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ

1. ภาวะทางระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ (other central nervous system conditions) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการเสื่อมอยู่เรื่อย ๆ ในด้านของการรู้หรือความรู้

2. ภาวะของระบบร่างกาย (systemic conditions) ที่เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

E. การเสื่อมดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่เป็นภาวะเพ้อ (delirium)

F. ความผิดปกติดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคใดๆ ในเกณฑ์ 1 เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

การแบ่งความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1994) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะอาการเล็กน้อย มีการสูญเสียความจำระดับเล็กน้อยซึ่งมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันบ้างแต่ไม่รุนแรงถึงกับต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่อาจมีการพร่องในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น ไม่สามารถจดจำว่าวางสิ่งของไว้ที่ไหน การไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จำสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ เป็นต้น

2. ระยะอาการปานกลาง ระดับการสูญเสียความจำมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แต่ไม่รุนแรงมากนัก ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในบางเรื่อง ในระยะนี้ผู้ป่วยยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ถ้ามีผู้ให้ข้อมูลอย่างสั้นๆ แต่ไม่สามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้ หรือจำชื่อบุคคลในครอบครัวไม่ได้

3. ระยะอาการรุนแรง มีการสูญเสียความจำอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถเรียนรู้และจดจำข้อมูลใหม่ได้ มีเพียงความจำที่เลือนราง รู้สึกคุ้นเคยแต่ไม่สามารถบอกได้ว่า สิ่งนั้นคืออะไร จำไม่ได้แม้จะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

กัมมันต์ พันธุมจินดา (2543) ก็ได้แบ่งความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมไว้ 3 ระดับเช่นกัน ดังนี้

1. ระยะอาการเล็กน้อย ซึ่งผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก แต่อาจมีข้อบกพร่องในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวันบ้าง มีการจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่มาไม่ได้ รวมทั้งลืมการนัดหมายต่างๆ ในระยะนี้ยังคงไม่เกิดการหลั่ง

2. ระยะอาการปานกลาง เป็นระยะที่เริ่มสูญเสียความจำที่มีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งความจำใหม่ และความจำในอดีตบางส่วน ความจำเสียเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ช่วยตัวเองได้น้อย ซึ่งจะต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือ จากอาการดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการหลั่งได้

3. ระยะอาการรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความจำเสียมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือตัดสินใจได้เอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ย่อมมีความเสี่ยงต่อการหลั่งได้ค่อนข้างสูงมาก

สิรินทร จันศิริกาญจน (2549) ได้แบ่งความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรก หรือระยะที่มีอาการเล็กน้อย ระยะที่สอง หรือระยะปานกลาง และระยะที่สาม หรือระยะรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะแรกหรือระยะที่มีอาการเล็กน้อย ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการน้อย หรืออยู่ในช่วงระยะแรกนั้น ผู้ป่วยมักจะจำเรื่องบางอย่างไม่ได้ โดยเฉพาะเรื่องที่ตนเองได้พูดหรือได้ทำไปแล้ว เพราะจำไม่ได้ ผู้ป่วยมักจะพูดประโยคเดิมซ้ำๆ โทรศัพท์ไปหาลูกวันละหลายๆ ครั้ง เพื่อบอกเรื่องเดิมๆ และผู้ป่วยจะถามเรื่องเดิมซ้ำๆ ความจำที่เป็นความจำระยะในอดีต เช่น ความจำในช่วงวัยรุ่นอาจจะจำได้ดี บอกสถานที่ตั้งของบ้านในช่วงวัยรุ่นได้ บอกเล่าเรื่องราวในอดีตเกี่ยวกับญาติพี่น้องได้ ผู้ป่วยจะเล่าแต่เรื่องเก่าๆ ซ้ำๆ แต่บางครั้งถ้าจะให้ผู้ป่วยเล่าจริงๆ อาจจะพบว่า ลักษณะรายละเอียดของความจำเก่าๆ นั้น ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงหรือบิดเบือนไปจากที่เป็นจริง นอกจากเรื่องความจำแล้ว ผู้ป่วยมักจะมีปัญหากับเรื่องการใช้ภาษา ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะเรียกสิ่งของที่เป็นชื่อเฉพาะ เรียกค่านามเฉพาะนี้ได้ลำบาก อาจจะเรียกชื่อคนไม่ถูก อาจจะไม่สามารถเรียกนาฬิกาได้ถูกต้อง แต่ทราบว่ามันนาฬิกาแล้วใช้ดูเวลา ยิ่งสิ่งของที่ผู้ป่วยมีโอกาสได้ใช้น้อยครั้ง ผู้ป่วยอาจจะเรียกชื่อสิ่งของนั้นไม่ถูกต้อง บางครั้งต้องใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้ช่วยรับทราบว่าสิ่งของนั้นคืออะไร ผู้ป่วยยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เช่น สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัว

ได้ด้วยตนเอง แต่มักพบว่าการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเริ่มช้าลงกว่าเดิม บางครั้งผู้ป่วยหายเข้าไปในห้องน้ำเป็นเวลานาน ๆ จึงจะออกมา หรืออาจจะทิ้งสิ่งของไว้ไม่เป็นระเบียบ ในระยะนี้ผู้ป่วยจำนวนมากจะเริ่มรู้ว่าตัวเองผิดปกติ และจะพยายามไปพบแพทย์และมักบอกว่าความจำของตนเองไม่ดี ส่วนมากแพทย์มักจะยังไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ชัดเจน ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกกระวนกระวาย ในบางรายอาจจะมีลักษณะซึมเศร้า แยกตัว ถดถอย ไม่ยอมไปพบปะกับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้อาการหลังล้มเป็นมากขึ้น อาการของโรคในระยะแรกนี้อาจจะเป็นตั้งแต่ 1- 5 ปี

2. ระยะที่สองหรือระยะปานกลาง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะสูญเสียความจำในระยะใกล้มากขึ้นมักจะจำไม่ได้ว่าตนเองได้รับประทานอาหารไปแล้ว เมื่อเห็นผู้อื่นมานั่งรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมักจะไปรับประทานอาหารร่วมด้วย ถึงแม้จะมีคนยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับประทานอาหารแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักจะไม่เชื่อ ทำให้เกิดการทะเลาะโต้เถียงกัน ผู้ป่วยหลายรายเริ่มมีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง มักจะไม่อาบน้ำ ลืมตัดเล็บ ลืมสระผม ผู้ป่วยไม่สามารถคิด หรือบอกได้ว่าจะต้องปฏิบัติกิจกรรมอย่างไรต่อไป มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งชอบออกนอกบ้าน และผู้ป่วยมักหลงทางเพราะจำทิศทางกลับบ้านไม่ได้ ทั้งๆ ที่ถนนนั้นอยู่ห่างออกไปจากบ้านไม่ไกลมากนัก ระยะนี้ผู้ป่วยจะใช้ภาษาผิดพลาดมากกว่าเดิม จะเรียกคำศัพท์เฉพาะไม่ค่อยถูกต้อง เรียกชื่อผู้อื่นผิด ความเฉลียวฉลาดจะลดลงมากและไม่สามารถคิดคำนวณเลขได้ถูกต้องได้ ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่ 2-5 ปี

3. ระยะที่สามหรือระยะรุนแรง ความเฉลียวฉลาดของผู้ป่วยจะลดลงมาก ความจำจะแย่งลงผู้ป่วยจดจำชื่อของคนใกล้ชิดไม่ได้ จำไม่ได้ว่าบุคคลมีความสัมพันธ์กับตนอย่างไร แต่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ที่มาเยี่ยมเหมือนเคยรู้จักกันมาก่อน ผู้ป่วยมักจะแสดงสีหน้ายินดีที่พบ และจะเข้าไปทักทายปราศรัย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกชื่อผู้ที่มาเยี่ยมได้ถูกต้อง ผู้ป่วยบางรายจะเริ่มจำตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถบอกชื่อของตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ เช่น รับประทานอาหารเลอะเทอะ มีพฤติกรรมนำสิ่งของไปซ่อน หรือนำสิ่งของไปขว้างปาทิ้ง ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเรื้อรัง ไม่สามารถบอกความต้องการในการจับถ่ายได้ ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง บางครั้งจะไม่พูด ถ้าพูดก็จะพูดประโยคสั้นๆ ซ้ำๆ ในที่สุดผู้ป่วยก็มักจะเสียชีวิตจากแผลกดทับ หรือการเป็นปอดบวม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะจะมีลักษณะอาการแตกต่างกันออกไปและส่งผลต่อความเสี่ยงในการหกล้มที่แตกต่างกัน

แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม

ความหมายของการหกล้ม

มีผู้สนใจศึกษาและให้คำจำกัดความไว้หลายท่านแตกต่างกันดังต่อไปนี้

ไทดิกกา และคณะ (Tideiksaar อ้างใน Zecevic, Salmoni, Speechley & Vandervoort, 2006) ได้ให้ความหมายของการหกล้มว่า เป็นเหตุการณ์ซึ่งทำให้นुकลดกลลงมาบนพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่า เช่น ตกจากเตียง ตกจากเก้าอี้

บุปผา จันทจรวิธ (2546) ได้ทบทวนเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม และได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นการเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการล้ม ถลา หรือตกลงไปสู่พื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ และไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) ได้กำหนดให้ การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่เจตนา หรือไม่ได้คาดคิดขึ้นมาก่อนและเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ทั้งจากอาการหน้ามืด เป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวสิ่ง ลื่นไถล ทำให้ร่างกายทรุดลงนั่งหรือนอนกับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า โดยอาจมีการปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ก่อนหรือหลังการสัมผัสพื้นก็ได้

จากความหมายที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน และเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายทรุดลงนั่งหรือนอนกับพื้นในระดับเดียวกันหรือตกลงไปสู่ระดับที่ต่ำกว่า โดยอาจปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ก่อนหรือหลังการสัมผัสพื้นได้ ทั้งนี้ไม่รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดจากสาเหตุภายนอก ได้แก่ การรับแรงกระแทกหรือจากอุบัติเหตุการจ้ำจี้

ประเภทของการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาย้อนหลังของมอร์ส (Morse อ้างใน บุปผา จันทจรวิธ, 2546) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่หกล้มและไม่หกล้มในช่วงเวลาเดียวกันโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่าการหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกิดขึ้นอยู่ 3 ประเภท คือ

1. การหกล้มที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ (accidental falls) การหกล้มในลักษณะนี้คิดเป็นร้อยละ 14 เป็นการหกล้มจากการลื่นไถล (slipping) สะดุด (tripping) หรือเหตุอื่นที่ทำให้

เกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้มน้ำหรือปัสสาวะที่อยู่บนพื้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง การหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุนี้ ไม่สามารถใช้ทำนายจากแบบประเมินได้ เนื่องจากไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางร่างกาย (physical factor) แต่เกิดจากอันตรายอันเกิดจากสิ่งแวดล้อมหรือการคาดการณ์ผิดพลาด ดังนั้นกลยุทธ์ในการป้องกันการหกล้มในลักษณะนี้สามารถทำนายได้โดยการออกแบบให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย หรือแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยเดิน และการแนะนำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2. การหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ (anticipated physiological falls) เป็นการหกล้มที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยถูกระบุว่ามีแนวโน้มจากการให้คะแนนว่า “มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม” จากการใช้แบบประเมินโดยพยาบาลจะเป็นผู้ประเมิน ถ้าผลการประเมินที่ได้มีคะแนนรวมสูงนั้นหมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้เกิดขึ้นร้อยละ 78 ของการหกล้มทั้งหมด ซึ่งมอร์ส (Morse, 1997) ได้เสนอแนะว่า การหกล้มชนิดนี้สามารถทำนายและป้องกันได้

3. การหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ไม่ได้ (unanticipated physiological falls) เป็นการหกล้มที่เกิดจากสาเหตุทางสรีรวิทยา แต่เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้ก่อนเกิดเหตุการณ์ครั้งแรก ซึ่งเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 8 ของการหกล้มทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น จากโรคที่เกิดขึ้นกะทันหัน หน้ามืด หรือเกิดกระดูกสะโพกหักจากพยาธิสภาพ (pathological fracture of the hip) เมื่อเกิดการหกล้มในลักษณะนี้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีก ซึ่งพยาบาลสามารถป้องกันการเกิดครั้งต่อไปได้ เช่น พยาบาลอาจแนะนำผู้ป่วยให้ป้องกันอาการหน้ามืดที่เกิดจากการลุกขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเตือนให้ผู้ป่วยลุกขึ้นช้าๆ ก็สามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้

ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นลักษณะการหกล้มที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ประเภท ดังเช่นจากงานวิจัยของคาเปซุติ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมล้มหกล้มเกิดจากน้ำและปัสสาวะที่หยดอยู่บนพื้น (Capezuti, et al., 1999) ซึ่งจัดเป็นการหกล้มที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ (accidental falls) ส่วนการหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ไม่ได้ (unanticipated physiological falls) พบว่าได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการทำนายการหกล้มของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มเพื่อป้องกันการหกล้ม ดังเช่น มอร์ส (Morse, 1997) พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มจากสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้เกิดขึ้นร้อยละ 78 ของการหกล้มทั้งหมด ซึ่งมอร์สได้เสนอแนะว่า การหกล้มชนิดนี้สามารถทำนายและป้องกันได้

อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ในทุกๆ ปีของประเทศอังกฤษมีอุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมร้อยละ 70-80 และพบว่าผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการรับรู้มีอุบัติการณ์การหกล้ม 2 ครั้งต่อปี และในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีการหกล้ม 3 ครั้งจะทำให้เกิดกระดูกหักและผู้ที่กระดูกหักเหล่านี้ถ้าหากมีการหกล้มเพิ่มอีก 3 ครั้ง มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะเพิ่มการหักของคอกระดูกโคนขา (neck of femur) ซึ่งการหักของคอกระดูกโคนขาจะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดีของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Shaw, 2003)

สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มในประชากรกลุ่มอื่นๆ เท่านั้น เช่น จากการศึกษาระดับชาติของการหกล้มในผู้สูงอายุไทย พบว่าร้อยละ 19 มีการหกล้มเกิดขึ้นในระยะหกเดือนก่อนการสำรวจ โดยที่ ร้อยละ 8 มีการหกล้ม 2 ครั้งหรือมากกว่าในระยะดังกล่าว ผู้สูงอายุหญิงมีอัตราหกล้มสูงเป็น 1.5 เท่าของผู้สูงอายุชาย การหกล้มส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) เป็นการหกล้มนอกบ้าน และร้อยละ 65 ของการหกล้มเกิดขึ้นในเวลากลางวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

ปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการหกล้มออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ (Alzbrain organization, 2003; AMDA, 2005; JCAHO, 2005; Shaw, 2003; Walker, 2004)

1. ด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้แก่

1.1 ประวัติการหกล้ม ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรซักประวัติผู้ป่วยหรือครอบครัวเกี่ยวกับประวัติการหกล้ม (JCAHO, 2005) ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับครอบครัวของผู้ป่วยจะช่วยในการค้นหาปัญหาในระยะเริ่มแรก และง่ายต่อการให้กิจกรรมการพยาบาล (Walker, 2004)

1.2 การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเกิดจากความพร่องของกระบวนการคิด และระดับการรู้สติ รวมทั้งเกิดจากการสูญเสียความจำ และการตัดสินใจร่วมกับปัญหาอื่นๆ ได้แก่ อาการประสาทหลอน หลงผิด และมีความผิดปกติด้านการคิด (JCAHO, 2005)

1.3 ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ถ้าผู้ป่วยขาดความสมดุล การทรงตัวไม่ดี ระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเป็นอัมพาต จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม หากมีความพร่องในความสามารถในการเคลื่อนไหวมากก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีลักษณะการเคลื่อนไหวตัวช้ากว่าปกติ ลักษณะการก้าวจะเป็นแบบสั้นๆ และจะแกว่งตัวเดินมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเพศและวัยเดียวกัน สาเหตุของความพร่องในการเคลื่อนไหวเหล่านี้ เกิดจากบริเวณปลายประสาท ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติของท่าทางการเดิน จะเกิดการหกล้มมากกว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีท่าทางการเดินปกติ (Shaw, 2003)

1.4 การเดินไปมาโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าจากการเดิน เป็นผลให้ผู้ป่วยหกล้มได้ (Thomas, 1995) อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วย ต้องแปลข้อมูลให้ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งลักษณะอาการคล้ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการหกล้มด้วยเช่นกัน (Shaw, 2003)

1.5 ความพร่องในการรับรู้ เช่น พร่องในการตระหนักรู้สิ่งที่เป็นอันตรายซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ถึงแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์ที่เป็นสิ่งบ่งชี้ (Shaw, 2003) การป้องกันการหกล้มในผู้ที่พร่องในการตระหนักรู้ อาจเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก แต่อาจมีกลยุทธ์ที่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ ได้แก่ รักษาอาการทางจิตและอาการด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีการปรับการทรงตัวและความสมดุล การพิจารณาให้ยาและที่สำคัญทีมต้องตระหนักในการดูแล (Kallin, Gustafson, Sandman & Karlsson, 2005)

1.6 ความพร่องในการมองเห็น มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชี้ให้เห็นว่าความพร่องในการมองเห็นเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความชัดเจนในการมองเห็น ความไวในการจำแนกความแตกต่างระหว่างภาพขาวกับดำ และความลึกในการรับรู้ ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสำคัญต่อการตอบสนองต่อการมองเห็นซ้ำ มีผลต่อการควบคุมท่าทางในการเดิน กล่าวคือ มีความเสี่ยงในการหกล้มอย่างมากและมีความเสี่ยงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Shaw, 2003) นอกจากนี้การรับรู้สีพื้นหลังที่ผิดพลาด เป็นสิ่งที่ล่อให้ผู้ป่วยพยายามหยิบจับเงาดำจากพื้นหรือแสงสีดำ ซึ่งอาจทำให้แปลความหมายผิด รวมทั้งผู้ป่วยที่พยายามนั่งบนเก้าอี้แต่กระเด้งผิดพลาดมากกว่า 2 นิ้ว จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยตกลงไปสู่พื้น (AMDA, 2005)

1.7 การได้รับยา กลุ่มที่ใช้รักษาอาการทางจิต เช่น ยาต้านโรคจิต ยาต้านซึมเศร้า ยาต้านภาวะวิตกกังวลและกลุ่มยานอนหลับ (Gustafson, Gensen, Lundin-Olsson & Nyberg, 2003)

แม้จะมีความสัมพันธ์กันน้อยแต่เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มเป็น 2 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มยานอนหลับ และยาต้านโรคจิต เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นอย่างมาก ซึ่งยากกลุ่มดังกล่าว จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มอย่างสูง ในบางครั้งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า และเกิดจากการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (extrapyramidal symptoms) เช่น มีอาการเดินตัวแข็ง ทื่อ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะจะเพิ่มการหกล้ม และมีการกั่งของปัสสาวะมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยตื่นในตอนกลางคืนเพื่อไปปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ปัสสาวะราดพื้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดลื่นหกล้มจากพื้นที่เปียก นอกจากนี้ ยาลดความดันโลหิตและยาต้านอาการ พาร์กินสัน ก็เป็นสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าอย่างรุนแรง นำไปสู่การเกิด อาการวิงเวียนศีรษะและสับสนได้ (Alzbrain organization, 2003)

2. ด้านการพยาบาล

จากการวิเคราะห์หาสาเหตุของผู้ป่วยที่หกล้มในระหว่างปี พ.ศ. 2538-2546 ของ คณะกรรมการประกันคุณภาพขององค์การดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2005) พบว่าในด้าน การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยหกล้มมีสาเหตุได้ดังนี้

2.1 พยาบาลไม่ได้รับการปฐมนิเทศแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การเกิด หกล้มของผู้ป่วยเกิดจากการที่พยาบาลไม่ได้รับการปฐมนิเทศแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการปฐมนิเทศให้กับพยาบาล เป็นการพัฒนาทักษะและการเรียนรู้งานก่อนที่จะไปปฏิบัติงานจริง ซึ่งการปฐมนิเทศที่ชัดเจน ครอบคลุมจะช่วยให้พยาบาลผู้มาปฏิบัติงานใหม่มองเห็นภาพในการ ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การปฐมนิเทศ การฝึกปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและการให้ความรู้แก่ทีม เป็นการเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร ทำให้พยาบาลเกิดองค์ความรู้ และทักษะ ในการปฏิบัติงานที่ตนได้รับมอบหมาย สมรรถนะของสมาชิกทีมจะทำให้เกิดความผิดพลาดน้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย เพิ่มคุณภาพการดูแลให้สูงขึ้น

2.2 ขาดการสื่อสารในทีมพยาบาล ทีมต้องมีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย ในขณะที่สมาชิกทีมปฏิบัติหน้าที่ควรมีความตระหนักเป็นพิเศษ และรู้ถึง การเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยที่ตนได้รับมอบหมาย ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกทีมผู้ที่ได้รับ มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยต้องไปทำหน้าที่อย่างอื่น เช่น หชุดพัก สมาชิกทีมคนอื่นๆ อาจต้อง สันนิษฐานเอาเองว่าต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยคนนั้นแทน โดยที่สมาชิกทีมคนดังกล่าวไม่ได้บอก และเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของการรู้คิด ควรมีการถ่ายทอดข้อมูลดังกล่าว

อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการเปลี่ยนแพลตฟอร์ม สมาชิกทีมอาจจะรีบเร่งกลับบ้าน และไม่มีโอกาสส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับหัวหน้าเวรรับทราบ ผลที่ตามมาคือ ผู้ที่มาปฏิบัติงานต่อไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยรายนี้

2.3 ขาดการประเมินผู้ป่วย ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการทำงานเป็นทีม คือ มีการประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้ม ในระยะแรกอาจมีการประเมินผิดพลาดเกี่ยวกับความแตกต่างของบุคคล ระดับการรับรู้สติ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจจะเป็นผลให้ได้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สมาชิกทีมพยาบาลวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันการหกล้ม ได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.4 ขาดการวางแผนการดูแล ทีมมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความแตกต่างในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหกล้มของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก ซึ่งจำนวนสมาชิกทีมที่ดูแลอาจปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

2.5 การผูกมัดผู้ป่วย มิลเคิลตัน, คีน, เอลกิน, จอห์นสัน และลี (Middleton, Keene, Johnson, Elkins & Lee, 1999) ได้มีการศึกษาผลการให้ความรู้ต่อทัศนคติและการปฏิบัติของทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยให้ความรู้เป็นเวลา 1 วัน จากนั้นประเมินผลหลังการให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับความรู้ทีมมีความเชื่อว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด คิดเป็นร้อยละ 62.00 หลังให้ความรู้มีความเชื่อลดลง เหลือเพียงร้อยละ 34.00 และในประเด็นการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการงอ สับสน ก่อนการให้ความรู้ทีมเชื่อว่าการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยงอ สับสน ร้อยละ 80.00 หลังการให้ความรู้ทีมเชื่อว่าผู้ป่วยงอ สับสนเพิ่มขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 87.00 และความเชื่อเกี่ยวกับการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยหกล้ม ก่อนให้ความรู้ทีมเชื่อว่าการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 52.00 หลังการให้ความรู้ ทีมมีความเชื่อเกี่ยวกับการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยหกล้มเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 78.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่าผู้ที่ได้รับการผูกมัดเกิดการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผูกมัด (Shorr et al., 2002)

2.6 การไม่ตระหนักในปัญหาความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย จากการศึกษาของ ซุลลิแวน และ แบดรอส (Sullivan & Badros, 1999) เรื่องสาเหตุของการหกล้ม พบว่าพยาบาลไม่ได้ตระหนักในปัญหาความต้องการปัสสาวะอย่างเร่งด่วน หรืออาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการหกล้ม

2.7 การไม่ได้สำรวจและดูแล/แก้ไข พื้นที่เสี่ยงต่อการหกล้ม พยาบาลควรสำรวจพื้นว่ามีน้ำหกหรือมีสิ่งกีดขวางบนพื้นหรือไม่ เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม (AMDA, 2005)

2.8 การไม้กั้นเตียงด้านข้างขึ้น สามารถส่งผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยบางครั้งการยกไม้กั้นเตียงขึ้นกลับทำให้ผู้ป่วยงงสับสนมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยนอนและต้องการลงจากเตียง ผู้ป่วยจะพยายามหาทางออก โดยการพยายามปีนลงเตียงทำให้เกิดหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุของการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งไม้กั้นเตียงไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยเท่านั้น แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มได้ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้เพราะผู้ป่วยอาจพยายามปีนข้ามได้ (Capezuti et al., 1999; Walker, 2004)

2.9 การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีความไม่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย จากรายงานการวิจัยหนึ่งพบว่าการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของผู้ป่วยเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเกิดการหกล้มในขณะที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพียงเล็กน้อย แต่ประเด็นที่สำคัญในการศึกษานี้คือ กลุ่มประชากรหลายรายที่หกล้มจากการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Australia government department health and ageing, 2004) ทีมพยาบาลควรดูแลการใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.10 การที่พยาบาลขาดความระมัดระวังในการใช้ไม้กั้นเตียงด้านข้างเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดหกล้ม ได้รับบาดเจ็บ (Walker, 2004)

3. ด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหกล้มมีดังต่อไปนี้

3.1 เสี่ยงที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายเตียง มีอิทธิพลต่อภาวะงง สับสนของผู้ป่วย และเพิ่มความรุนแรงของอาการตามความถี่ของการจัดเตียง บ่อยครั้งที่สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเคลื่อนไหวอยู่ในห้องผู้ป่วย ในขณะที่หอผู้ป่วยกำลังจัดเตียงเพื่อรับใหม่ ซึ่งในการปฏิบัติเช่นนี้จะเพิ่มระดับงง สับสน เป็นภัยต่อความผาสุก และความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แนะนำให้มีการเคลื่อนย้ายเตียงน้อยครั้งที่สุด (Walker, 2004)

3.2 ความสูงของเตียงไม่เหมาะสมกับความสูงของผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดหกล้มได้ ดังนั้นควรเลือกเตียงที่มีขนาดต่ำ (Walker, 2004) และควรปรับระดับเตียงให้พอเหมาะกับสภาพของผู้ป่วยให้สามารถขึ้นลงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย (เรณู อาจสาธิต, และ อรพรรณ โตสิงห์, 2006) เป็นที่น่าสังเกตได้ว่าเมื่อมีการทำหัตถการ ผู้ป่วยมักขึ้นและลงเตียงเหมือนกับเวลาที่อยู่บ้าน ดังนั้นควรล็อกขาเตียง เพื่อป้องกันไม่ให้เตียงเลื่อน ซึ่งสิ่งนี้เป็นเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยพยายามที่จะปีนขึ้นเตียงอีกครั้ง

3.3 ช่องว่างระหว่างเตียงที่แคบจนเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเดินไม่สะดวก เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มและยังได้รับเสียงรบกวนจากผู้ป่วยอื่นทำให้นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งการนอนหลับไม่เพียงพอนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการง่วง สับสนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย (Walker, 2004)

3.4 พรหมปูพื้นที่มีแสงระยิบระยับหรือมีแสงแวววาว จะเพิ่มอาการง่วง สับสนให้ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมาไม่มีจุดหมาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่าพรหมหรือผ้าเช็ดเท้าที่ไม่ยึดติดอยู่กับที่ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้เช่นกัน (AMDA, 2005)

3.5 ห้องนอนที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยผู้ป่วยในรายที่มีความผิดปกติของการนอน เมื่อเห็นแสงไฟในห้องน้ำ หลอดไฟที่อยู่ใกล้เตียงหรือใกล้ห้องน้ำที่มีแสงสว่าง แสงไฟนั้นจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากเข้าไปสัมผัส หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายเตียงเข้าไปหาเพื่อดับเอาหลอดไฟ นอกจากนี้ในผู้ป่วยรายที่มีความผิดปกติของการตระหนักรู้จะมีการตอบสนองโดยอัตโนมัติกับแสงไฟ (Capezuti, et al., 1999)

3.6 จากการศึกษาหนึ่งพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมล้มหกล้มเกิดจากน้ำและปัสสาวะหกอยู่บนพื้น (Capezuti, et al., 1999; AMDA, 2005)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่หกล้มเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ปัจจัย ซึ่งผลจากการหกล้มสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้านรวมทั้งองค์กรด้วย

ผลกระทบจากการหกล้ม

การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่งผลกระทบในหลายด้าน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 3 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับผลกระทบด้านร่างกายตั้งแต่ ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย จนถึงได้รับบาดเจ็บมาก จากการศึกษาพบว่าสถิติผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับบาดเจ็บกระดูกหักร้อยละ 3-7 ต่อปี และประมาณร้อยละ 11 ของผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือไม่ได้รับบาดเจ็บเลย (Alzbrain Organization, 2003) ในรายที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยอาจได้รับผลกระทบถึงตายได้ หากผู้ป่วยหกล้มแล้วไม่สามารถลุกขึ้นได้เนื่องจากไม่มีผู้มาช่วยเหลือ การที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนพื้นนานมากกว่า 12 ชั่วโมงโดยที่ไม่มีผู้มาพบเห็น จะส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ เกิดภาวะขาดน้ำ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ เกิดภาวะปอดบวมและทำให้เสียชีวิตได้ จากรายงาน

การศึกษาพบว่า มีมากกว่าร้อยละ 50 ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดหกล้ม แต่มีร้อยละ 10 ของการหกล้มที่ผู้ป่วยนอนบนพื้นนานกว่า 1 ชั่วโมงโดยไม่มีผู้มาพบเห็น (Doom et al., 2003; WHO, 2004) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Dunn, 2001) มีอาการปวดอย่างเรื้อรัง และคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (AMDA, 2005)

ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มมีผลกระทบด้านจิตใจคือ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร หดท้อลงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Doom et al., 2003; WHO, 2004) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในการดำเนินชีวิตลดลง (AMDA, 2005)

ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องเพิ่มระยะเวลาในการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจากการหกล้ม (De Carl & Kohn, 2001) ผลกระทบต่อองค์กร การหกล้มทำให้เพิ่มต้นทุนในการดูแล (Cohen and Guin, 1991; Doom et al., 2003) ในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดการณ์ว่าโรงพยาบาลมีต้นทุนในการดูแล ผู้ที่หกล้มเพิ่มขึ้นเป็นเงินจำนวน 4,233 เหรียญสหรัฐ (Bates, Pruess, Souney and Platt, 1995)

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้ม

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มาร์กี้ (The Joanna Briggs Institute, 1998; Mackey, 2006) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการป้องกันการหกล้มไว้ดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในโปรแกรมการป้องกันการหกล้มซึ่งในการให้ความรู้นั้นประกอบด้วย

1.1 การจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหกล้มในผู้ป่วย วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย และการจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งหากเจ้าหน้าที่มีความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มและกลยุทธ์ในการป้องกันการหกล้มดังกล่าวแล้ว จะทำให้ทีมสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการหกล้มที่เกิดขึ้น

1.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม วิธีการที่ทำให้ปลอดภัย และการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและมีความตระหนักมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย

1.3 สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ เวลาลุกจากเตียง เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดที่อาจเกิดขึ้น และแนะนำวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากทีมการดูแลเมื่อมีอาการดังกล่าว

2. จัดสิ่งแวดลอม สิ่งแวดลอมที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดการหกล้มได้ ดังนั้นจึงมีกิจกรรมในการลดความเสี่ยงในด้านสิ่งแวดลอมดังต่อไปนี้

2.1 จัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัยโดยการลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การเช็ดทำความสะอาดพื้นห้องที่เปียกให้แห้งอยู่เสมอ การจัดห้องนอนของผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ เพื่อป้องกันการสะดุด หรือลื่นหกล้ม

2.2 จัดแสงให้เพียงพอ บริเวณเตียง ทางเดินและภายในห้องน้ำ เพื่อป้องกันการเกิดหกล้มที่จะเกิดขึ้น เพราะแสงที่สว่างไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม

2.3 ล็อกเตียงและเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยให้อยู่กับที่ เพื่อไม่ให้กีดขวางทางเดินของผู้ป่วยและจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม

2.4 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความพร้อมในการเคลื่อนไหวดังนั้นจึงควรจัดให้มีราวจับในห้องน้ำเพื่อช่วยในการพยุงตัวของผู้ป่วยและป้องกันการลื่นหกล้มในขณะที่เดินเข้าห้องน้ำ

2.5 ควรจัดให้มีกริ่งภายในห้องน้ำและห้องนอนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการขอรับความช่วยเหลือจากทีมผู้ดูแล และทำให้ทีมผู้ดูแลสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม

3. การขั้บถ่าย วิธีช่วยเรื่องการขั้บถ่ายมักจะอยู่ในโปรแกรมการป้องกันการหกล้มเสมอ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การจัดให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาต้องการขั้บถ่ายปัสสาวะอยู่บ่อยๆ ให้ไปอยู่บริเวณใกล้กับห้องน้ำ เพื่อความสะดวกในการเข้าห้องน้ำ

3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาระบายและยาขับปัสสาวะ พยาบาลควรมีการประเมินเรื่องการขั้บถ่ายของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการเกิดการหกล้มที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้อาจต้องการเข้าห้องน้ำบ่อย และมีอาการอ่อนเพลียจากการขั้บถ่าย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม ดังนั้นพยาบาลจึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

3.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยหญิง จะมีอาการเวียนศีรษะในขณะที่นั่งถ่ายปัสสาวะ จากลักษณะโครงสร้างภายในที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยชาย ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ควรมีการตระหนักในการช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยในขณะที่เข้าห้องน้ำ เพื่อป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้น

4. การได้รับยา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการหกล้ม ควรทำในสิ่งต่อไปนี้

4.1 พยาบาลควรทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจะมีผลต่อการหกล้ม เช่น ยาต้านความดันโลหิตสูง ยาต้านซึมเศร้า จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดหกล้ม ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วย

4.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาระบายและยาขับปัสสาวะ พยาบาลต้องตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าวเพื่อเฝ้าระวังการเกิดหกล้มที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้อาจต้องการเข้าห้องน้ำบ่อย และมีอาการอ่อนเพลียจากการขับถ่าย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม พยาบาลจึงควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

4.3 หากเป็นไปได้ควรมีการจำกัดยาหลายๆ ตัวร่วมกัน เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับยานอนหลับร่วมกับยาแก้ปวด จะมีผลทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มเป็นอย่างมาก

5. การเคลื่อนย้าย ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดหกล้ม ดังนั้นจึงควรดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้

5.1 การจัดหารองเท้าที่ไม่ลื่น และมีขนาดที่พอเหมาะให้ผู้ป่วยสวมใส่ เพื่อป้องกันการสะดุด ลื่นหกล้ม

5.2 ผู้ป่วยที่เดินไปมาตลอดเวลา อยู่ไม่นิ่ง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการหกล้มได้สูง พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

5.3 ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวทบทวนเกี่ยวกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยหกล้ม เช่น ความพร้อมในการมองเห็นของผู้ป่วย การเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่ไม่สมดุล

6. สภาพสมอง เป็นปัจจัยพื้นฐานในการจำแนกปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อลดอุบัติเหตุการล้มควรมีการปฏิบัติดังนี้

6.1 หมั่นพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนบ่อยๆ

6.2 อธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย

6.3 ย้ายผู้ป่วยที่มีอาการงงสับสนไว้ใกล้บริเวณห้องทำงานพยาบาลเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการหกล้มอย่างสูง

6.4 อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วย เพื่อเป็นพื้นฟูความจำและดูแลป้องกันการหกล้ม

6.5 จัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนนอนบนเตียงเตี้ยๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม

7. การนอนพักบนเตียง เนื่องจากการหกล้มมักเกิดใกล้กับเตียงของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีวิธีการช่วยลดอุบัติเหตุประกอบด้วย

7.1 จัดเตียงให้ต่ำเพื่อให้ผู้ป่วยขึ้นและลงเตียงได้สะดวก และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยปีนเตียง

7.2 ล็อกเบรคที่ติดอยู่ที่ขาเตียงเสมอ

7.3 จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้อยู่ใกล้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบจับสิ่งของเครื่องใช้ได้สะดวก ควรจัดเตียงให้เรียบร้อย ไม่มีสิ่งของที่ทรงสูงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

8. การใช้ล่อเซ็นและเก้าอี้

8.1 การทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยโดยการยึดผู้ป่วยหรือใช้เข็มขัดรัดเมื่อผู้ป่วยนั่งอยู่บนเก้าอี้หรือล่อเซ็น

8.2 ใช้เก้าอี้ผู้สูงอายุ

8.3 ใช้ที่รองนั่งที่ทำด้วยยางเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

8.4 เลือกเก้าอี้ที่มีที่พักแขนและความสูงที่พอเหมาะในการลุกนั่งจะช่วยลดการเกิดการหกล้มได้

นอกจากมีวิธีการอื่นๆ ที่สามารถช่วยเหลือนผู้ป่วยในการป้องกันการหกล้มได้ คือ การใช้สติติดเป็นเครื่องหมายเตือนให้ทีมได้ระมัดระวังผู้ป่วยโดยติดที่ปลอกแขนและติดสติ๊กเกอร์ไว้ที่ประตูห้อง และแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มมีอัตราที่เหมาะสมคือ อัตราส่วนของบุคลากรต่อผู้ป่วย 1:1 แนะนำให้ญาติช่วยดูแลผู้ป่วย ทีมพยาบาลมีการประเมินซ้ำเกี่ยวกับปัจจัยที่จะนำไปสู่ การหกล้มในรายที่เสี่ยงต่อการหกล้มสูง และประเมินความต้องการของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ส่วนชนลีย์ (Shanley, 2003) ได้ให้ข้อเสนอแนะที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการทางคลินิกเพื่อป้องกันการหกล้ม ดังต่อไปนี้

1. การกำกับดูแลการหกล้มอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นสำคัญในการลดอุบัติเหตุในการหกล้ม ซึ่งวิธีการในการช่วยกำกับดูแล คือ การส่งต่อข้อมูลอย่างละเอียดชัดเจน ครอบคลุมเกี่ยวกับลักษณะการหกล้มและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ซึ่งการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวนี้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบกำกับดูแล ช่วยให้พยาบาลมองเห็นภาพรวมของการหกล้ม และการป้องกันการบาดเจ็บ

ทั้งหมด สิ่งที่สำคัญที่สุดในการกำกับดูแลก็คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์

2. การประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม และการพัฒนาแผนการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การหกล้มเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย ซึ่งไม่ใช่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มสูง ซึ่งได้มีการพัฒนาปรับปรุง โดยมุ่งเน้นปัญหาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ทำให้วางแผนลดปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงต่อการหกล้มได้ ในการประเมินควรประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามานอนรักษาในโรงพยาบาล หรือประเมินในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนยา และหลังจากที่เกิดหกล้ม

3. การปรับปรุงและจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมสามารถส่งผลกระทบต่อ การป้องกัน การหกล้มและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้ ประการแรกคือ สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดหกล้ม เช่น พื้น แสงสว่าง ห้องน้ำ ประตูกั้นบันได เก้าอี้เตียง และสิ่งแวดล้อมภายนอกต่างๆ ดังนั้นพยาบาลควรมีการตรวจสอบ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย ประการที่สองคือ สิ่งแวดล้อมและความแตกต่างระหว่างบุคคล เพราะผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นทีมพยาบาลต้องวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งจะทำให้มองเห็นจุดสำคัญในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ประการที่สาม คือ การตระหนักในสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับความปลอดภัยของอุปกรณ์สำนักงานและเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ เช่น โครงสร้างทางเดินและลิฟต์ขึ้น ต้องบำรุงรักษาและให้พร้อมใช้อยู่เสมอเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสมาชิกเอง ประการที่สี่ สิ่งแวดล้อมสามารถป้องกันการหกล้มได้ เช่น การใช้เตียงที่มีระบบสัญญาณเตือน (alarm system) ซึ่งจะเป็นตัวรายงานให้ทีมพยาบาลทราบว่าผู้ป่วยกำลังลุกจากเตียง หรือการนำระบบวิดีโอมาไว้

4. การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น โปรแกรมและการฝึกทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับการการยก การเคลื่อนย้าย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และการให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลเกี่ยวกับการหกล้มและการป้องกันการบาดเจ็บ สามารถทำให้พยาบาลแยกระหว่างผู้ป่วยปกติ และผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มได้ นอกจากนี้ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และทีมที่ช่วยเหลือทั้งหมด รวมทั้งพนักงานทำความสะอาด เป็นต้น

5. การลดการผูกยึด จากรายงานการวิจัยของ คาเปซุติ และคณะ (Capezuti et al., 1999) แสดงให้เห็นว่าการผูกยึดไม่สามารถลดจำนวนการหกล้มที่เพิ่มขึ้นได้ และจากการทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ แนะนำให้พยาบาลมีความตระหนักในการใช้การผูกยึด

ในการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนแซนลีย์ (Shanley , 1998) ได้จัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดและไม่ใช้การผูกมัด นอกจากนั้นมิลเดิลตัน, กีน, เอลกิน, จอห์นสัน และ ลี (Middleton, Keene, Johnson, Elkins & Lee, 1999) ได้มีการศึกษาผลการให้ความรู้ต่อทัศนคติและการปฏิบัติของทีมพยาบาลในการใช้การผูกมัดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า การผูกมัดอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยพยายามที่จะหลุดพ้นจากการผูกมัดและมีอาการงุนงงสับสนมากขึ้น

6. การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของทีมพยาบาล ซึ่งสามารถช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สมาชิกทีมพยาบาลเพิ่มความตระหนักให้มากขึ้น โดยการใช้สติ๊กเกอร์ หรือใช้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการหกล้มสูง เพิ่มความตระหนักและจัดการกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่าหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าห้องน้ำ และให้การดูแลเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก และดูแลความปลอดภัยเรื่องการสวมใส่รองเท้า และเสื้อผ้าของผู้ป่วย

7. การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอุบัติการณ์สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาเกิดจากทีมพยาบาล ซึ่งกลยุทธ์ในการช่วยลดการหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การควบคุมอาการเดินไปมาไม่มีจุดหมายหมาย (wandering) หรือทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย เช่น การหลีกเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา และการรักษาภาวะโรคร่วม ซึ่งบ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาดังกล่าวจากการศึกษาของมาร์ช (Marx อ้างใน Shanley, 2003) พบว่าการเกิดหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจึงเกิดขึ้นในเวลาที่ทีมพยาบาลมีภาระงานยุ่งมากที่สุด ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการบริหารจัดการระหว่างทีมพยาบาลและภาระงานประจำ

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้ม คือ การจำแนกปัจจัยเสี่ยงและการให้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ดังเช่น การดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การตระหนักถึงปัจจัยด้านพยาธิสภาพของผู้ป่วย และปัจจัยที่มาจากการพยาบาล หากพยาบาลเข้าใจและตระหนักในปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มก็จะสามารถวางแผนการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มสูง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพยาธิสภาพ ด้านการพยาบาลผู้ป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม (Alzbrain organization, 2003; AMDA, 2005; JCAHO, 2005; Shaw, 2003) ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้ หากพยาบาลซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการป้องกันการหกล้ม มีการตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันการหกล้ม ก็จะช่วยลดอุบัติการณ์การหกล้มได้ (The Joanna Briggs Institute, 1998; Shanley, 2003)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved