

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนฉับพลัน (acute confusional state หรือ delirium) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว โดยมีความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (global cognitive impairment) และเป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง (Lipowski, 1980 อ้างถึงในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา เป็นการที่บุคคลรับรู้ (perceive) บันทึก (register) จัดเก็บ (store) เรียกใช้ (retrieve) และใช้ข้อมูล (use) กระบวนการเหล่านี้ จำเป็นต่อความสำเร็จในการเผชิญเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยของบุคคล การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาของบุคคลอาจเสื่อมลงได้ในสถานการณ์ที่มีความเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองและการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยฉับพลันของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจึงอาจเกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นได้ (Foreman et al., 2003a; Cole, 2004)

ภาวะสับสนฉับพลันจะมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) มีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (cognition) หรือมีการรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และอาการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวัน (fluctuate) โดยที่การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว เป็นการลดลงของความสามารถในการให้ความตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention) (American Psychiatric Association [APA], 2000 อ้างถึงใน Foreman et al., 2003b)

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน ประกอบด้วย การขาดความตั้งใจ (inattention) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (disorientation) ความจำบกพร่อง (memory impairment) ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking) การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (psychomotor disturbance) และความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น (sleep-wake cycle disturbance) ซึ่ง Lipowski (1980 อ้างถึงใน Rockwood & Lindesay, 2002) ได้อธิบายลักษณะอาการของภาวะสับสนฉับพลันว่า อาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ลักษณะอาการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวันและมักจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นในช่วงเวลาเย็นหรือกลางคืนหรือที่เรียกว่า “ปรากฏการณ์ตะวันตกดิน” (sundown syndrome) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน (Rigney, 2006; ซวลี แยมวงษ์, 2539)

ภาวะสับสนฉับพลันเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถูกจัดเป็นหนึ่งในปัญหาใน “ยักษ์ในผู้สูงอายุ (geriatric giants)” (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) และมักถูกกล่าวว่าเป็นผลจากกระบวนการสูงอายุ แต่ในความเป็นจริงภาวะสับสนฉับพลันไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุ แต่ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนฉับพลันสูงขึ้นด้วย (Inouye et al., 1999; Inouye, 2006)

ในผู้สูงอายุ ภาวะสับสนฉับพลันพบได้ทั้งผู้ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยพบในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาร้อยละ 14 - 24 และพบในขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 5 - 56 (Inouye, 2006) ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14 - 18 และยังพบภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคหรือเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายชนิด ร้อยละ 80 (Twedell, 2005) และพบเกิดร่วมกับภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ร้อยละ 22-39 พบในผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก (hip fracture) ร้อยละ 13 - 61 (Miller, 2004a) พบในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 25 และพบในผู้สูงอายุภายหลังเข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 51 (APA, 1999)

การเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล พบว่ามักเกิดขึ้นในวันที่ 2 - 6 ของการอยู่รักษา โดยพบบ่อยในวันที่ 2 - 3 ของการอยู่รักษา ลักษณะการเกิดพบว่าผู้สูงอายุบางรายเกิดอาการในช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่บางรายยังคงมีอาการต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบถึงร้อยละ 30 - 60 (Foreman et al., 2003a; Miller, 2004a)

ภาวะสับสนฉับพลันมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยพบว่าภาวะสับสนฉับพลันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 25 - 33 และในผู้สูงอายุที่เคยมีอาการของภาวะสับสนฉับพลัน พบว่ามีการเสียชีวิตภายหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน ร้อยละ 14 - 26 หลังจาก 2 ปี ร้อยละ 39 และหลังจาก 4 ปี ร้อยละ 66 (Balas et al., 2004; Kurlowicz, 2001)

ในประเทศไทย มีรายงานความชุกของภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.5 (Jitapunkul & Hanvivadhankul, 1998) และมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.3 โดยเกิดขึ้นในวันที่ 2 - 6 หรือในสัปดาห์แรกของการอยู่รักษา (Oearsakul, 2000) จากสถานการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้คาดได้ว่าในอนาคต อัตราการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้นและจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ

แม้จะมีรายงานภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นในผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการเฝ้าระวัง การวินิจฉัยหรือการค้นหาสาเหตุของอาการอย่างเป็นระบบขณะที่เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ทำให้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติด้านจิตสังคมหรือเป็นการเจ็บป่วยทางจิต (O’Keeffe, 1999; Cole, 2004; Rapp, 2001) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการเฝ้าระวัง การวินิจฉัยหรือการค้นหาสาเหตุของอาการอย่างเป็นระบบนั้น อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการค้นหาและวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน ได้แก่

- 1) ความเข้าใจว่าภาวะสับสนฉับพลันต้องแสดงอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) และมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) แต่ในผู้สูงอายุมักพบว่ามีอาการแสดงของการมีกิจกรรมลดลง (hypoactive) ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัย
- 2) ธรรมชาติของภาวะสับสนฉับพลันที่ลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวัน ทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัย
- 3) การที่มีทัศนคติต่อภาวะสับสนฉับพลันว่าเป็นผลจากกระบวนการสูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัย
- 4) ในการปฏิบัติทางคลินิก ยังไม่มีมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและสะดวกในการประเมิน
- 5) ข้อจำกัดของบุคลากร ในด้านความรู้และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและ
- 6) การละเลยที่จะประเมินในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีและมีสังคมที่ดี (Cole, 2004; Schuurmans et al., 2001; Inouye, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Francis et al. (1990 อ้างถึงใน Moran & Dorevitch, 2001) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM – III – R เพียง 5 ใน 50 ของผู้สูงอายุที่พบว่ามีอาการแสดงของภาวะสับสนฉับพลันและยังพบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลไม่มีการบันทึกการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาของผู้สูงอายุ ทั้งในบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้น (Milisen et al., 2002)

ภาวะสับสนฉับพลันเกิดได้จากหลายสาเหตุ (multifactorial) และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันหลายประการ โดยอาจจำแนกเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ในกลุ่มของปัจจัยที่มีอยู่เดิม เช่น มีอายุมาก โดยเฉพาะอายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะสมองเสื่อม มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่รุนแรง โรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยินและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น ส่วนปัจจัยกระตุ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย การจำกัดการเคลื่อนไหวและการใส่สายสวนต่างๆ เข้าไปในร่างกาย ผลข้างเคียงจากการใช้ยาาร่วมกันหลายชนิด โดยเฉพาะการใช้ยาทางจิตเวช (Inouye et al., 1999; Inouye, 2006; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) ซึ่งสามารถจัดกลุ่มปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัย ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล
- 2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรี

วิทยาของสมอง 3) ปัจจัยทางด้านเภสัชวิทยาหรือการใช้ยา และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Dick & Morency, 2005; อรพินท์ สีขาว, 2546) ถึงแม้ว่าพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกและความเครียดเรื้อรัง เป็นต้น (Chan & Brennan, 1999; Inouye, 2006)

ภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว โดยผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การเกิดแผลกดทับ การเพิ่มขึ้นของความต้องการในการดูแลรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากความสามารถในการทำหน้าที่ได้ลดลง ระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 22 - 76 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน (Laplante & Cole, 2001; Miller, 2004a; นิตยา ภาสุนันท์, 2545) ในด้านของผู้ดูแลและครอบครัว ภาวะสับสนฉับพลันส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อารมณ์กระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลว่าภาวะสับสนฉับพลันเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และทำให้ความเครียดในการดูแลมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธ์ สาสัถย์, 2546)

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนฉับพลันที่ผ่านมามีพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินและการจัดการภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้น เป็นต้น ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน ยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับความชุก อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันยังอยู่ในวงจำกัด และไม่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินและการจัดการภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษานำร่องโดยผู้วิจัยพบว่า จากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2547 แผนกจิตเวช รายงานว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนฉับพลันมารับการรักษาในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 18.06 ในจำนวนนี้มีร้อยละ 1.4 ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล และไม่พบการรายงานสถิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันในแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล และจากการติดตามอาการของผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยแห่งหนึ่งโดยผู้วิจัย ในระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน

พ.ศ. 2548 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นจำนวน 3 ใน 10 ราย โดยลักษณะอาการที่พบ คือ การรับรู้วัน เวลาผิดปกติ ไม่นอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืน แต่กลับนอนหลับมากในเวลากลางวัน มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ โดยเฉพาะช่วงเวลากลางคืน เช่น มีการลุกเดินออกจากเตียง เดินหลงเตียง จำเตียงของตนเองไม่ได้ เห็นภาพหลอน ดึงสายยางให้อาหาร ซึ่งอาการเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และมีความรุนแรงมากขึ้นในเวลากลางคืน และในการจัดการกับอาการของภาวะสับสนฉับพลันที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ การผูกมัดไว้ที่เตียง การให้ญาติเฝ้าดูแลและการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาควบคุมอาการ สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันของผู้สูงอายุนั้น ผู้ดูแลและพยาบาลที่ให้การดูแลได้อธิบายว่า ภาวะสับสนฉับพลันเกิดจากวัยสูงอายุ มีปัญหาทางด้านจิตใจและเป็นผลจากการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีการรายงานอาการของภาวะสับสนฉับพลันและภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zyl & Davidson (2003) ที่พบว่าไม่มีการรายงานอาการภาวะสับสนฉับพลันลงในแบบบันทึกสรุปอาการของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล และส่วนใหญ่จะมีการรายงานอาการเมื่ออาการมีความรุนแรงหรือเป็นสาเหตุหลักของการมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าการรายงานอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอุบัติการณ์ ลักษณะการเกิดอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและเป็นประโยชน์ในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในทีมสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการป้องกันหรือลดผลกระทบจากภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

- 2.1 อุตบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลัน
- 2.2 ลักษณะอาการของภาวะสับสนฉับพลัน
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนฉับพลัน

### 3. คำถามของการวิจัย

ภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

- 3.1 อุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- 3.2 ลักษณะอาการของภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง

### 4. ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ทั้งอุบัติการณ์ ลักษณะการเกิดอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน โดยทำการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งสิ้น 3 เดือน

### 5. นิยามศัพท์

#### 5.1 ผู้สูงอายุ

หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

#### 5.2 ภาวะสับสนฉับพลัน (acute confusional state หรือ delirium)

หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว โดยมีความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (global cognitive impairment) และเป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) มีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (cognition) หรือมีการรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลันประกอบด้วย การขาดความตั้งใจ (inattention) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (disorientation) ความจำบกพร่อง (memory impairment) การจัดระบบความคิดผิดปกติ (disorganized thinking) การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (psychomotor disturbance) และความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น (sleep - wake cycle disturbance) อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดและเป็นในช่วงเวลาไม่นาน ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) ที่พัฒนาขึ้นโดยสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัคและคณะในปี พ.ศ. 2544

### 5.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน

หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยาของสมอง 3) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแล ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งภาวะสับสนฉับพลันพบได้ทั่วไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) มาใช้ในการศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน โดยแบ่งออกได้เป็น 4 ปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ มีอายุมาก โดยเฉพาะมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมและภาวะสับสนฉับพลัน มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือโรคที่ร้ายแรง มีโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกันหลายโรค มีการผ่าตัดหรือภาวะหลังการผ่าตัด มีความบกพร่องของการมองเห็นและการได้ยิน ความสามารถในการทำหน้าที่หรือทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือจำเป็นต้องพึ่งพา 2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยาของสมอง ได้แก่ โรคทางระบบประสาท โรคทางร่างกายที่มีผลต่อสมอง และความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่มีผลต่อสมอง 3) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา ได้แก่ การใช้ยามากกว่า 4 ชนิด ภาวะพิษจากยาและกลุ่มยาที่ทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลัน และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายจากการรักษาและยาที่ได้รับ การใส่สายสวนต่างๆเข้าไปในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคยหรือสมาชิกครอบครัว มีการแยกตัวหรือปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย มีการย้ายเตียงหรือเปลี่ยนห้องสถานที่พัก อยู่ในสถานพยาบาลอื่นก่อนมาเข้ารับการรักษา (ดังแสดงในภาพที่ 1)

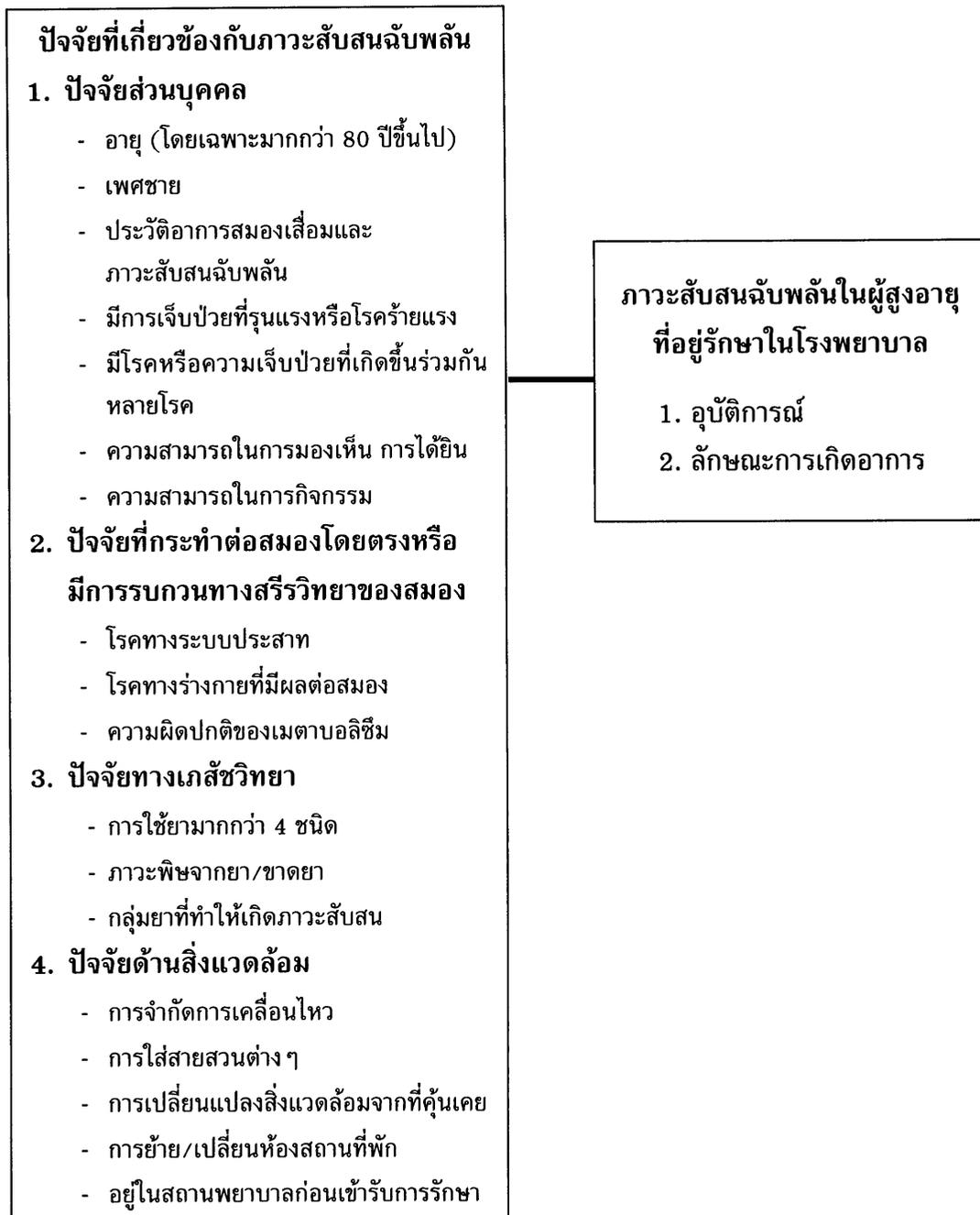
## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่ออธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

7.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุต่อไป

7.3 เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

7.4 สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลของบุคลากรทางด้านสุขภาพ



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการศึกษาภาวะสับสนฉับพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล