

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะสับสนฉับพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ความหมายของภาวะสับสนฉับพลัน
2. ลักษณะทางคลินิกสำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน
3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน
4. พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนฉับพลัน
5. การวินิจฉัยและแนวทางในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน
6. การจัดการอาการของผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของภาวะสับสนฉับพลัน

ภาวะสับสนฉับพลัน (acute confusional state) เป็นกลุ่มอาการ (symptom) ที่มีการกล่าวถึงและบันทึกอาการนี้ไว้ตั้งแต่ในยุคของ Hippocrates ในราว 2000 ปีก่อนคริสตศักราช โดยเรียกว่า “phrenitis” หมายถึง ความผิดปกติของสมอง ต่อมาอาการนี้ได้รับการเรียกชื่อต่าง ๆ กันไป ได้แก่ delirium, acute confusion, acute psychoorganic syndrome, acute organic reaction, acute organic syndrome, acute brain failure, ICU psychosis, postoperative delirium, postcardiotomy delirium, postpump syndrome confusion, reversible cognitive dysfunction, sundowner syndrome เป็นต้น ปัจจุบันกลุ่มอาการนี้ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปให้เรียกว่า “ภาวะสับสนฉับพลัน” หรือ “delirium” (Clark & Halm, 2003; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

The Oxford English Dictionary (Pitt, 1995) ได้ให้ความหมายของภาวะสับสนฉับพลันว่าเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่เป็นผลจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีลักษณะการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง ประสาทหลอน ไม่นอนหลับพักผ่อนและมีอาการตื่นเต้นอย่างมาก

Lipowski (1980 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) อธิบายว่า เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (global cognitive impairment) และเป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง

The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision (ICD – 10) (World Health Organization [WHO], 1992; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้อธิบายภาวะสับสนฉับพลัน (ภาวะสับสนฉับพลันที่ไม่ได้เกิดจากการใช้อัลกอฮอล์และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ) ว่าหมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการมีรอยโรคของสมองที่ไม่รู้สาเหตุชัดเจน มีลักษณะสำคัญคือ มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว ความตั้งใจ การรับรู้ ความคิด ความจำ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว อารมณ์ วงจรการหลับ - ตื่น ระยะเวลาที่มีอาการไม่แน่นอนและระดับความรุนแรง อาจพบได้ตั้งแต่มีอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากและในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันนั้น ได้จัดให้ภาวะสับสนฉับพลันอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางด้านจิตใจ ที่มีสาเหตุจากโรคและมีอาการทางด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากโรคของสมอง ส่งผลให้สมองทำงานผิดปกติหรือสาเหตุเกิดจากสมองโดยตรง เช่น การเป็นโรค การบาดเจ็บหรือการถูกทำร้ายที่มีผลกระทบต่อสมอง หรือเป็นผลจากโรคต่างๆและความผิดปกติของร่างกายที่มีผลกระทบต่อสมองด้วย

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA], 2000 อ้างถึงใน Foreman et al., 2003b) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะสับสนฉับพลันขึ้น (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM – IV) โดยได้อธิบายภาวะสับสนฉับพลันว่ามีลักษณะเฉพาะ คือ

1. มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) (การให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน) โดยเป็นการลดลงของความสามารถในการให้ความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention)
2. มีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (change in cognition) (เช่น ความจำบกพร่อง (memory impairment) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) อาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความผิดปกติในการใช้ภาษาหรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ เป็นอยู่เดิมหรือที่เป็นมากขึ้น
3. ความผิดปกตินี้ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมาในระหว่างวัน (fluctuate)
4. มีหลักฐานจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่า ความผิดปกตินี้มีสาเหตุ คือ ผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ผลจากสารพิษ ผลจากการใช้ยาหรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน

จากความหมายและลักษณะของภาวะสับสนฉับพลันที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าภาวะสับสนฉับพลัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (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

2. ลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน

ภาวะสับสนฉับพลันพบได้ทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักจะมีอาการมักเกิดขึ้นแบบฉับพลัน ในระยะเวลาสั้น ๆ ส่วนใหญ่จะมีอาการที่บ่งชี้หรืออาการเตือนก่อนการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน โดยผู้สูงอายุอาจบอกหรือรายงานเกี่ยวกับอาการที่อาจเป็นอาการเตือนของภาวะสับสนฉับพลัน เช่น อาการเหนื่อยล้า สมาธิลดลงหรือไม่มีสมาธิ มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวข้องกับปัญญา มีการรับรู้ผิดปกติ มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นด้วยแสงและเสียงมากเกินไป การนอนหลับผิดปกติ เช่น การนอนไม่หลับ กลางคืนไม่นอนหลับพักผ่อน มีอาการร่งเหงามากในช่วงกลางวัน (Cole, 2004; Kurlowicz, 2001; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dupplis (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการบ่งชี้หรืออาการเตือนก่อนเกิดภาวะสับสนฉับพลัน คือ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น มีความวิตกกังวล มีความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจนำสู่การเกิดภาวะสับสนฉับพลัน สำหรับลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน ประกอบไปด้วย (Oearsakul, 2000; Kurlowicz, 2001; Moran & Dorevitch, 2001; Laplante & Cole, 2001; Lipowski, 1980 อ้างถึงใน Rockwood & Lindsay, 2002; Cole, 2004; Inouye, 2006; Rigney, 2006; ชาลี แยมวงษ์, 2539; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

2.1 การเริ่มต้นของอาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (acute onset) และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวัน (fluctuation)

อาการโดยทั่วไปของภาวะสับสนฉับพลัน มักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทันทีทันใด (acute onset) ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน แนวโน้มของอาการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวัน (fluctuation) อาการอาจเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ และส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในเวลาเย็นหรือกลางคืน (Kurlowicz, 2001; Lipowski, 1980 อ้างถึงใน Rockwood & Lindsay, 2002; Cole, 2004; Inouye, 2006) ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า “ปรากฏการณ์ตะวันตกดิน” (sundown syndrome or sundowning) (Rigney, 2006; ชาลี แยมวงษ์, 2539) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน

โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่การใช้ยากล่อมประสาท ที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตลดลง แม้ว่าสาเหตุและกลไกของเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีการศึกษาที่พบว่าปรากฏการณ์นี้มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เช่น การย้ายสถานที่จากบ้านมาโรงพยาบาล การที่แสงสว่างลดลงในช่วงเวลาเย็นร่วมกับมีความบกพร่องของการมองเห็นและการได้ยินที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนฉับพลัน และอาจเกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่มากหรือน้อยเกินไป การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งการผลัดเปลี่ยนเวรของพยาบาลที่ให้การดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุสับสนและมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้จากการศึกษาายังพบว่า มักพบปรากฏการณ์นี้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 74 ปีขึ้นไปและมีการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดอาการ และยังพบว่าความเจ็บปวด การมีไข้ ภาวะขาดน้ำและการใช้ยาในการรักษาหลายชนิด ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปรากฏการณ์ตะวันตกดิน (Evans, 1986 อ้างถึงใน ชวลี แยมวงษ์, 2539)

2.2 ความผิดปกติของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness)

ความผิดปกติของความรู้สึกตัว เป็นลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน Jaspers (1963 อ้างถึงใน Cole, 2004) ได้จำแนกความผิดปกติของความรู้สึกตัว ออกเป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) การลดลงของความรู้สึกตัว (ระหว่างการรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว) 2) ความไม่ชัดเจนของความรู้สึกตัว ซึ่งในเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM - IV ระบุความผิดปกติของความรู้สึกตัวว่า เป็นการลดลงของความสามารถในการให้ความตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention) (APA, 2000 อ้างถึงใน Foreman et al., 2003b) โดยในการประเมินความรู้สึกตัวขึ้นอยู่กับรูปแบบของการตอบสนอง เช่น ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน อาจจะมีการตื่นตัวมากกว่าปกติ การตื่นตัวปกติ การเฉื่อยชาหรือไม่รู้สึกตัว ในการประเมินอาจใช้ The Glasgow Coma Scale ช่วยในการประเมินระดับของความรู้สึกตัว

2.3 การขาดความตั้งใจ (inattention)

การขาดความตั้งใจ เป็นการลดลงของความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้ถูกรบกวนจากสิ่งที่มากระตุ้นได้ง่าย ในระหว่างการสนทนามักถูกขัดจังหวะจากสิ่งที่มากระตุ้นได้ง่าย เช่น เสียง แสง หรือการเคลื่อนไหวที่รบกวนกระบวนการรับรู้เข้าใจ มีความยากลำบากในการให้ความสนใจหรือมีสมาธิกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เมื่อมีการเปลี่ยนความสนใจอย่างรวดเร็วและขาดความตั้งใจ จะทำให้การบันทึกข้อมูลใหม่ๆ เสื่อมลง นำสู่ความบกพร่องของการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลและความจำตามมาได้ (Cole, 2004; Laplante & Cole, 2001; Oearsakul, 2000)

2.4 ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation)

ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล เป็นความผิดปกติที่มักพบว่าผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันส่วนใหญ่จะสับสนในเรื่องวัน เวลาและสถานที่ แต่อาการสับสนในด้านบุคคลจะปรากฏให้เห็นช้าที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

2.5 ความจำบกพร่อง (impairment of memory)

ความจำบกพร่อง เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการบันทึกและการจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา เป็นความยากลำบากในการจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่หรือสิ่งที่ได้เรียนรู้ ซึ่งหากทำการทดสอบเกี่ยวกับความจำ จะพบว่ามีความผิดปกติโดยเฉพาะความจำระยะสั้น (recent memory) (Cole, 2004; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

2.6 ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking)

ความคิดไม่เป็นระบบ เป็นความผิดปกติในรูปแบบและเนื้อหาของความคิด รวมถึงการจัดการและใช้ข้อมูล เช่น การสนทนากับผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน อาจแสดงให้เห็นความคิดที่แปลก ไม่มีเหตุผล ไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่มีจุดหมาย ไม่ตรงประเด็น ไม่สามารถคาดเดาได้และขาดความต่อเนื่อง โดยสังเกตว่าผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันจะมีการเปลี่ยนเรื่องที่พูดคุยอยู่ตลอดเวลาหรือเล่าเรื่องวกไปวนมาหรือพูดจาสับสนไปมา ไม่มีใจความสำคัญ จับใจความไม่ได้ การจัดระบบไม่ดี พูดซ้ำ เร็วหรือพูดไม่ชัดเจน ระดับเสียงพูดไม่สม่ำเสมอและมีความยากลำบากในการค้นหาคำศัพท์ อาจจะได้จากการเขียน การสร้างประโยคและการสะกดอักษรที่ผิดได้ (Cole, 2004) รวมทั้งยังไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานง่ายๆหรือในการดูแลตนเองได้ (Cole, 2004; Laplante & Cole, 2001; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

2.7 การรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance)

การรับรู้ผิดปกติ เป็นการลดลงของความสามารถในการแยกแยะความแตกต่างเกี่ยวกับจินตนาการ ความฝันและอาการประสาทหลอน ซึ่งผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน อาจเข้าใจว่าวัตถุมีการบิดเบือนไปจากความจริง เช่น ใหญ่มาก เล็กมาก ซ้ำซ้อนหรือผิดรูปร่าง เป็นต้น และมีแนวโน้มของการตีความสิ่งที่มีมากระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่ผิดและมีอาการประสาทหลอนเห็นภาพหลอน มีการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกในระหว่างที่ตีความหมายของวัตถุผิด เช่น การที่เข้าใจว่าสายไฟน้ำเกลือเป็นงู หรือเสียงของแก้วที่ตกพื้นเป็นเสียงปืน อาการเหล่านี้มักรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงเวลากลางคืน อาการประสาทหลอนเกิดขึ้นโดยปราศจากการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึก เช่น อาการหลงผิด (delusion) ที่เกิดขึ้นได้บ่อยจากการ ได้ยินและการสัมผัส เช่น การมองเห็นหรือได้ยินเสียงของผู้ที่เสียชีวิต ได้ยินเสียงสัตว์ เสียงบุคคลและอาจรู้สึกว่ามีแมลงไต่อยู่ตามตัว เป็นต้น (Cole, 2004; Oearsakul, 2000)

2.8 การเคลื่อนไหวผิดปกติ (psychomotor disturbance)

Lipowski (1980 อ้างถึงใน Rockwood & Lindesay, 2002) ได้จำแนกการเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของรูปแบบพฤติกรรมที่ใช้คำพูด (verbal behavior) และพฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูด (nonverbal behavior) โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ (hyperactive) การเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ (hypoactive) และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบผสม (mixed) โดยในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันและมีลักษณะของการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ (hyperactive delirium) จะมีอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) การพูดเร็ว (rapid speech) มีความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (irritability) การไม่นอนหลับพักผ่อน (restlessness) ซึ่งเกิดขึ้นร้อยละ 15 - 21 ส่วนในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันและมีลักษณะของการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ (hypoactive delirium) ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือมักเข้าใจว่าเป็นอาการซึมเศร้า เนื่องจากลักษณะของอาการที่สงบเงียบ เกิดขึ้นร้อยละ 19 - 71 ของผู้สูงอายุ โดยจะแสดงให้เห็นการลดลงของการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว เช่น เชื่องซึม (lethargy) การพูดช้า (slowed speech) การตื่นตัวลดลง (decreased alertness) และความไม่สนใจ เฉยเมย (apathy) ในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันและมีลักษณะของการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบผสม (mixed) จะมีอาการทั้งในลักษณะของการเคลื่อนไหวที่มากกว่าและน้อยกว่าปกติ ซึ่งเกิดขึ้นร้อยละ 43 - 56 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 4 - 14 ไม่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว

ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักพบลักษณะการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ เป็นการลดลงของการมีกิจกรรม (Cole, 2004; Kurlowicz, 2001; Moran & Dorevitch, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liptzin & Levkoff (1992 อ้างถึงใน Lindesay et al., 2002; Foreman et al., 2001) ที่พบว่าลักษณะการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันจะมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบผสม ร้อยละ 52 มีการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ ร้อยละ 19 มีการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ ร้อยละ 15 และมีการแสดงพฤติกรรมอื่น ๆ ร้อยละ 14 และในการศึกษาของ O'Keeffe & Lavan (1997) ที่ศึกษาในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันทั้งสิ้น 94 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนก acute geriatric unit โดยพบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบผสม ร้อยละ 43 มีการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ ร้อยละ 29 มีการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ ร้อยละ 21 และร้อยละ 7 ไม่มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ปัญหาของการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาจจะมี ความรุนแรงมากขึ้น เช่น ในผู้ที่มีอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง อาจเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ หกล้ม กระดูกข้อสะโพกหัก มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง อาจเป็นผลจากอาการเห็นภาพหลอนหรือหลงผิด ส่วนในผู้ที่มีการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ อาจพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดน้ำ การขาดสารอาหารหรือแผลกดทับขึ้นได้ (Cole, 2004)

2.9 การเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ – ตื่น (altered sleep – wake cycle)

Lipowski (1980 อ้างถึงใน Pitt, 1995) อธิบายว่า เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ โดยผู้ที่มีภาวะสับสนหลับลึกส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ – ตื่น มีการลดลงของช่วงระยะเวลาการนอนหลับในเวลากลางคืน ส่งผลให้การทำหน้าที่ในเวลากลางวันลดลง ผู้ที่มีภาวะสับสนหลับลึกจะแสดงอาการเซื่องซึม สับสน ไวต่อการตื่นนอน มีอาการง่วงมากและนอนมากในช่วงกลางวัน เนื่องจากการที่ภาวะสับสนหลับลึกเกิดขึ้นในเวลากลางคืน (Cole, 2004; พัชรินทร์ วณิชานนท์ & วิจารย์ วิชัยยะ, 2535)

2.10 ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (emotional disturbances)

ผู้ที่มีภาวะสับสนหลับลึก อาจแสดงให้เห็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น ความกลัว วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปของภาวะสับสนหลับลึกที่ได้รับอิทธิพลจากความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความเป็นบุคคล ความผิดปกติทางจิต สัมพันธภาพภายในของบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นต้น (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

ลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะสับสนหลับลึกที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถเกิดขึ้นได้ในขณะที่ผู้สูงอายุอยู่รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะสับสนหลับลึกเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ถึงร้อยละ 14 – 80 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มักพบว่าลักษณะการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ เป็นการลดลงของการมีกิจกรรม (Clark & Halm, 2003; Miller, 2004a; Twedell, 2005) ลักษณะดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในระยะแรกที่เริ่มมีอาการ จนกระทั่งกลายเป็นภาวะสับสนเรื้อรัง ที่ไม่สามารถมีการรับรู้กลับคืนเป็นปกติได้และกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมตามมา รวมทั้งยังมีความผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นจึงเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ ต้องทำความเข้าใจถึงลักษณะอาการที่สำคัญทางคลินิกของภาวะสับสนหลับลึก เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาในการวินิจฉัย รวมทั้งการวางแผนให้การพยาบาลให้มีความเหมาะสม

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนหลับลึก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า หลายการศึกษาพยายามที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะสับสนหลับลึก แต่ด้วยความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การค้นหาผู้ที่มีภาวะสับสนหลับลึกและเทคนิคต่างๆที่ใช้ในงานวิจัย (Kurlowicz, 2001) เป็นสาเหตุให้ปัจจัยที่ได้มีความแตกต่างกันไป จึงทำให้ยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดถึงสาเหตุของภาวะสับสนหลับลึก แต่เชื่อว่าน่าจะเกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายประการที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนหลับลึก (Foreman et al., 2001; O’Keefe, 1999; Brown & Boyle, 2002; อรพินธ์ สีขาว, 2546) ภาวะสับสนหลับลึกเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ (multifactorial) และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะสับสนหลับลึกหลายประการ โดยจำแนก

เป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และในผู้สูงอายุการเกิดภาวะสับสนฉับพลันมักเกิดจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน ในกลุ่มของปัจจัยที่มีอยู่เดิม เช่น มีอายุมาก โดยเฉพาะมากกว่า 80 ปี มีภาวะสมองเสื่อม มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่รุนแรง โรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น ส่วนปัจจัยกระตุ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย การจำกัดการเคลื่อนไหว การใส่สายสวนต่างๆ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาาร่วมกันหลายชนิด โดยเฉพาะการใช้ยาทางจิตเวช (Inouye et al., 1999; Inouye, 2006; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถจัดกลุ่มปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัย ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยาของสมอง 3) ปัจจัยทางด้านเภสัชวิทยาหรือการใช้ยา และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Dick & Morency, 2005; อรพินท์ สีขาว, 2546)

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การอยู่ในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา ความสามารถในการทำหน้าที่หรือทำกิจวัตรประจำวันเองได้ลดลงหรือจำเป็นต้องพึ่งพา มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมและภาวะสับสนฉับพลัน มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นโรคเรื้อรังประจำตัวและมีความเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกันหลายโรค การเข้ารับการผ่าตัดและภาวะหลังการผ่าตัด (Kurlowicz, 2001; Foreman et al., 2003b; Burns et al., 2004; Moran & Dorevitch, 2001; Rapp, 2001)

3.2 ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยา ประกอบด้วยโรคทางระบบประสาท เช่น โรคติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมอง ภาวะชัก โรคหลอดเลือดสมองและโรคทางร่างกายที่มีผลต่อสมอง ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบหายใจ การได้รับบาดเจ็บ โรคทางระบบประสาท โรคมะเร็ง ความผิดปกติของไต เช่น ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โรคไต และความผิดปกติที่เกี่ยวกับช่องท้อง เช่น โรคตับและความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่มีผลต่อสมอง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะอุณหภูมิกายผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิสูงและต่ำ (Miller, 2004a; Kurlowicz, 2001; Clark & Halm, 2003; Foreman et al., 2003b; Gleason, 2003; Balas et al., 2004; Burns et al., 2004; Truman & Ely, 2003; Moran & Dorevitch, 2001; Rapp, 2001; Johnson, 2005; อรพินท์ สีขาว, 2546)

3.3 ปัจจัยทางเภสัชวิทยาจากการใช้ยาหลายชนิด ประกอบด้วย ภาวะพิษจากยา ภาวะถอนยา การใช้ยามากกว่า 4 ชนิด กลุ่มยาที่มีผลให้เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ยาสงบ ยาสงบประจับและยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาต้านโรคซึมเศร้า

ยาปฏิชีวนะ ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ไอ ยานอนหลับ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาสเตียรอยด์ เป็นต้น (Moran & Dorevitch, 2001; Clark & Halm, 2003)

3.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ภาวะไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายจากการรักษาและยาที่ได้รับ การใส่สายสวนต่างๆเข้าไปในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคยหรือสมาชิกครอบครัว มีการแยกตัวหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย มีการย้ายเตียงหรือเปลี่ยนห้อง สถานที่พักและการอยู่ในสถานพยาบาลอื่นก่อนมาเข้ารับการรักษา (Foreman et al., 2003b; Miller, 2004a; Burns et al., 2004; Truman & Ely, 2003; Moran & Dorevitch, 2001)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุพบว่า เดิมนั้นเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน จนถูกกล่าวว่าเป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุ แต่แท้จริงแล้วภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุ แต่ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน (Clark & Halm, 2003; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและประสาทสัมผัสที่พบว่า จำนวนเซลล์ ประสาทและเซลล์สมองลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทและสมองลดลงด้วย มีการเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความสามารถในการจำเหตุการณ์ในปัจจุบันและการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง สารสื่อประสาทมีระดับ monoamine oxidase และ serotonin เพิ่มขึ้นแต่ระดับของ norepinephrine ลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในสมองและการใช้ออกซิเจนในสมองลดลง ทำให้สมองได้รับเลือดลดลง เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและเกิดภาวะเนื้อสมองตายตามมาได้ ส่วนในระบบประสาทสัมผัสนั้น ในวัยสูงอายุพบว่าแก้วตาจะเริ่มขุ่นมัว ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงลูกตา จึงทำให้ความสามารถในการมองเห็นเสื่อมลง มีการเสื่อมของอวัยวะหูชั้นในมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นนี้ จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นในผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ (Eliopoulos, 2005; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันนี้ สัมพันธ์กับการศึกษาสาเหตุและการพยากรณ์เกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปของ George et al. (1997) ที่ศึกษาเพื่อหาสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลัน และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะนี้กับการมองเห็นและการได้ยินพบว่า ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีอายุเฉลี่ย 81 ปี และร้อยละ 25 มีสาเหตุที่สนับสนุนหลายประการ การเสื่อมของการมองเห็นและการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนฉับพลัน และสัมพันธ์กับ Duppils (2003) ที่ศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงเริ่มแรกและประสบการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสับสน

ฉับพลันในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนฉับพลัน ประกอบด้วย การเสื่อมของการได้ยิน การอยู่นิ่ง (passivity) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาลดลงและในผู้ที่รอการผ่าตัดข้อสะโพกหักนานเกิน 18 ชั่วโมง

การศึกษาของ Villalpando – Berumen et al. (2003) ที่อธิบายอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และผลของการคงอยู่ของอาการในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอายุเฉลี่ย 75.8 ปี มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ร้อยละ 12 กลุ่มโรคที่พบที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคต่อมลูกหมากโต โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคลำไส้อุดตันและโรคข้ออักเสบ ลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน พบว่า มีการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 30.3 มีค่าฮีมาโตคริตมากกว่า 30% ร้อยละ 23.3 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 มก.เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 53 โดยปัจจัยกระตุ้นคือ มีสาเหตุ 2 อย่างร่วมกันหรือมากกว่า ร้อยละ 50 ความปวด ร้อยละ 10 ภายหลังจากผ่าตัด ร้อยละ 7.5 การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.2 ภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 5 ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ร้อยละ 2.5 โรคสมอง ร้อยละ 2.5 และการใช้อัลกอฮอล์ ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับและการใช้ยาจำนวนมาก ร้อยละ 1.2 จะเห็นว่าความเจ็บป่วยหรือโรค รวมทั้งลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นได้

มีการศึกษาหนึ่งที่พบว่า ในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่พึ่งพาตนเองได้ดี เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความสามารถในการทำหน้าที่พึ่งพาตนเองได้ลดลงถึงร้อยละ 75 โดยมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยที่ทำให้พลังงานสำรองลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเจ็บปวดและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (ซวลี แยมวงษ์, 2530) ร่วมกับลักษณะของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ทำให้มีความยากลำบากในการประเมิน วินิจฉัยและการดูแลรักษา ก่อให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นได้ เช่น การที่ได้รับยาที่ใช้ในการรักษามากกว่า 3 ชนิด อาจก่อให้เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งพบถึงร้อยละ 11 – 30 ส่วนในการศึกษาของ Rudberg et al. (1997 อ้างถึงใน Moran & Dorevitch, 2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 432 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 43 มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยา และในการศึกษาของ Oearsakul (2000) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุภายหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าจากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงและผลที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะสับสนฉับพลันพบว่า

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีการใช้ยาตั้งแต่ 3 ชนิดหรือมากกว่า ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 40.2 โดยมีการใช้ยาพวกยาต้านโคลิเนอร์จิกและยาปฏิชีวนะ

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการดูแลรักษาและสิ่งแวดล้อม ก็อาจเป็นสาเหตุของเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ เช่น แผนการรักษาที่จำกัดการเคลื่อนไหว การถูกผูกมัด การได้รับยากล่อมประสาท การดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นให้การดูแลแบบปกป้องและควบคุมด้วยแบบแผนกิจกรรมประจำของโรงพยาบาลไม่ได้ให้โอกาสและเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมด้วยตนเอง สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรม ลักษณะของเตียงที่สูงเกินไปทำให้การขึ้นลงจากเตียงทำได้ลำบาก จึงจำเป็นต้องใช้ไม้กั้นเตียง ผู้สูงอายุจึงต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือจากสถานที่ที่คุ้นเคย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกแปลกและเกิดความเครียด โดยเฉพาะผู้ที่เข้ารับการรักษารั้งแรกที่ต้องเผชิญกับสภาพเตียงนอนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เสื้อผ้าที่ต้องใช้ของโรงพยาบาล ทางเดินไปสุขาและห้องสุขาก็เปลี่ยนไปจากที่เคยใช้ การที่ต้องนอนอยู่ในห้องรวมที่มีเสียงรบกวนอยู่บ่อย ๆ แสงไฟที่เปิดให้ความสว่างตลอดทั้งคืน ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ช; ชวลี แยมวงษ์, 2530)

ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวถึงนี้ เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในต่างประเทศทั้งสิ้น ซึ่งในแต่ละการศึกษาพยายามที่จะอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน แต่ด้วยความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การค้นหาผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน และเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในงานวิจัย รวมทั้งสถานที่ในการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปัจจัยที่ได้มีความแตกต่างกันไป (Kurlowicz, 2001) แต่ที่พบสอดคล้องกันคือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบภาวะสับสนฉับพลันมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล จากปัจจัยของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รุนแรงอยู่เดิม ร่วมกับปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ในส่วนของประเทศไทยนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่ระบุถึงสาเหตุที่ชัดเจนของภาวะสับสนฉับพลัน สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยาของสมอง 3) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา และ 4) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากในการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

4. พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนฉับพลัน

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนฉับพลัน จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า ในขณะนี้สาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนและยังไม่พบพยาธิสภาพที่จำเพาะในสมองของผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน แต่มีสมมุติฐานที่เชื่อว่าน่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท 2) ความเครียด 3) ความผิดปกติของการนำเข้าสู่ข้อมูล 4) ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น และ 5) การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองซีกขวา (Chan & Brennan, 1999; O’Keeffe, 1999; Moran & Dorevitch, 2001; Oearsakul, 2000; Twedell, 2005; Rosen, 1994 อ้างถึงใน Oearsakul, 2000; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545; อรพินท์ สีขาว, 2546)

4.1 พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท (neuropathophysiology)

พยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท เชื่อว่าภาวะสับสนฉับพลันอาจเกิดจากการลดลงของเมตาบอลิซึมในสมอง (cerebral oxidative metabolism) และภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (imbalance of neurotransmitter) ที่อาจมีสาเหตุจากภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) กลูโคส (glucose) หรืออะมิโนแอซิด (amino acids) การขาดวิตามินโดยเฉพาะวิตามินบี 12 ที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือด ความบกพร่องของการสังเคราะห์ การยับยั้งหรือขาดสมดุลของสารสื่อประสาท การส่งสัญญาณกระแสประสาทที่ผิด การสะสมสารพิษ เช่น จากยาที่ใช้ การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิตที่สมอง (cerebral blood flow) การเพิ่มการซึมผ่าน blood - brain barrier ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง (hyperthermia) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) เป็นต้น สาเหตุทั้งหมดที่กล่าวถึงอาจนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนฉับพลันซึ่งมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ มีการลดลงของระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ cerebral substrate supply (ออกซิเจน กลูโคสหรืออะมิโนแอซิด) และการเปลี่ยนแปลงของอัตราเมตาบอลิซึมในสมอง (cerebral metabolism rate) และการไหลเวียนโลหิตที่สมอง (Rose, 1996; Moran & Dorevitch, 2001; Pitt, 1995; O’Keeffe, 1999; Inouye, 2004; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545; อรพินท์ สีขาว, 2546)

ในส่วนการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นนั้น เป็นการลดลงของสารสื่อประสาท acetylcholine ในสมอง ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการลดลงของเมตาบอลิซึมในสมอง เป็นผลให้การสังเคราะห์สารสื่อประสาท acetylcholine ลดลง (Blass et al., 1983 อ้างถึงใน Oearsakul, 2000) และมีการศึกษาที่ตรวจพบระดับของ serum anticholinergic activity เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลัน (Mach et al., 1995 อ้างถึงใน อาคม อารยาวิชานนท์, 2545) รวมทั้งยังพบว่า การเพิ่มขึ้นของ dopaminergic activity ระดับ serotonin และ GABA อาจนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นอีกด้วย ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาถึงรายละเอียดที่ชัดเจน (Moran & Dorevitch, 2001; Lipowski, 1983 อ้างถึงใน Oearsakul, 2000; Inouye, 2004)

4.2 ความเครียด (stress)

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะสับสนฉับพลันในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจะส่งผลให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในพลาสมาสูงขึ้น ทำให้เมตาบอลิซึมในสมองสูงขึ้น ระดับออกซิเจนในสมองจึงลดต่ำลง จนถึงจุดที่ทำให้เกิดภาวะสับสนได้ ซึ่งการที่มีความเครียดคงอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ จะส่งผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Moran & Dorevitch, 2001; Lipowski, 1983 อ้างถึงใน Oearsakul, 2000; นิตยา ภาสุนันท์, 2545; อรพินท์ สีขาว, 2546; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545)

4.3 ความผิดปกติของการนำเข้าข้อมูล (information input)

การนำเข้าข้อมูล มีความเกี่ยวข้องกับระดับของการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึก เนื่องจากมีความเชื่อว่าการสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน (Oearsakul, 2000) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากความบกพร่องของความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ทำให้มองเห็นภาพและได้ยินเสียงไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการให้ความหมายหรือการแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นหรือได้ยินผิดไป เช่น อาการเห็นภาพหลอน หูแว่วได้ยินเสียงปิดประตูที่ได้ยินอาจเข้าใจว่าเป็นเสียงปืน เป็นต้น (Pitt, 1995; พัชรินทร์ วณิชานนท์ & วิจารย์ วิชัยยะ, 2535)

4.4 ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น (sleep - wake cycle disturbance)

ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น อาจนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ โดยทั่วไปการนอนหลับของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 วงจรหลัก คือ Rapid Eye Movement (REM) ที่แบ่งออกเป็น 4 ระยะ และ Non Rapid Eye Movement (NREM) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ จะมีการลดลงของช่วงระยะเวลาในการนอนหลับกลางคืน มีการเพิ่มขึ้นของ NREM ระยะที่ 1 ทำให้ช่วงระยะเวลาการเคลิ้มหลับนานขึ้น มีการลดลงของ NREM ระยะที่ 2 และ 3 ทำให้ไม่มีช่วงระยะเวลาการหลับลึกเกิดขึ้นและมีการลดลงของระยะ REM ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้เกิดการตื่นได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อนอนหลับถูกรบกวน (Williams, 2004; Oearsakul, 2000) สาเหตุอาจเกิดจากภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น dopamine และ acetylcholine ในสมองที่มีการสังเคราะห์ลดลงหรือมีการหลั่งออกมามากผิดปกติ ส่งผลขัดขวางการควบคุมการหลับ - ตื่น ความดันโลหิต อุณหภูมิกาย การเรียนรู้หรืออารมณ์ ซึ่งสมมุติฐานนี้สนับสนุนผลของการที่ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้รับยา haloperidol ที่ออกฤทธิ์ต่อต้าน dopamine และปรับสมดุลของ dopamine และ acetylcholine ในสมอง มีผลให้ผู้ป่วยสงบลง (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547; นิตยา ภาสุนันท์, 2545) รวมทั้งภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ภาวะเจ็บป่วย ความปวดและยาที่ใช้รักษา เป็นต้น (Cole, 2004; พัชรินทร์ วณิชานนท์ & วิจารย์ วิชัยยะ, 2535) โดยผลของความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ขาดสมาธิ ความคิดบกพร่อง การรับรู้บกพร่อง ประสาทหลอน (ประราลี โอภาสุนันท์, 2545)

4.5 การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองซีกขวา (right – hemisphere dysfunction)

สมมติฐานนี้เชื่อว่าภาวะสับสนจับพลันเกิดจากรอยโรคของสมองที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะการสูญเสียหน้าที่ของสมองซีกขวา ทำให้มีผลต่อความผิดปกติโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจและสะท้อนออกมาให้เห็นทางด้านกายวิภาค ในเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD – 10 (WHO, 1992; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้จัดให้ภาวะสับสนจับพลันอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางด้านจิตใจที่มีสาเหตุจากโรคและอาการทางด้านร่างกายที่เป็นผลจากโรคของสมอง ทำให้สมองทำงานผิดปกติ สาเหตุอาจเกิดจากตัวสมองโดยตรง เช่น การเป็นโรค การบาดเจ็บหรือการถูกทำร้ายที่มีผลต่อสมอง หรืออาจเป็นผลทางอ้อม เช่น จากโรคต่างๆ และความผิดปกติของร่างกายที่มีผลกระทบต่อสมอง ด้วย จากการศึกษาของ Mach et al. (1996; Oearsakul, 2000) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาเปรียบเทียบการประเมินทาง neuropsychological เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมองซีกใดซีกหนึ่ง โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาที่มีประวัติว่ามีและไม่มีภาวะสับสนจับพลันเกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินการทำหน้าที่ของสมองซีกซ้ายของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองซีกขวา อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะสับสนจับพลัน

5. การวินิจฉัยและแนวทางในการประเมินภาวะสับสนจับพลัน

5.1 ประเด็นปัญหาในการวินิจฉัยและการประเมินภาวะสับสนจับพลัน

ภาวะสับสนจับพลัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว เกิดจากความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา เป็นปัญหาที่มักพบได้ในผู้ที่มารับการรักษาและที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ แม้ว่าภาวะสับสนจับพลันเป็นลักษณะทางคลินิกที่สำคัญและเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับการอยู่รักษาในโรงพยาบาล (Inouye et al., 1999) แต่เมื่อพิจารณาในทางปฏิบัติกลับพบว่าภาวะสับสนจับพลันที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้มีการสืบค้นอาการทั้งจากแพทย์และพยาบาลหรือให้การวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกาย เป็นภาวะสมองเสื่อมหรือการเจ็บป่วยทางจิต (Cole, 2004; Brown & Boyle, 2002; O’Keeffe, 1999; Foreman et al., 2001; Rapp, 2001) ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้มีการค้นหาและวินิจฉัยภาวะสับสนจับพลัน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น การเข้าใจว่าภาวะสับสนจับพลันจะแสดงอาการกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่งและอาการประสาทหลอน แต่ผู้สูงอายุมักพบว่าจะแสดงให้เห็นลักษณะการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ โดยมีการลดลงของการมีกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่และด้วยลักษณะอาการของภาวะสับสนจับพลันที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมาในระหว่างช่วงวัน อาจทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัย (Cole, 2004; Foreman et al., 2001)

นอกจากนี้อาจเกิดจากการที่บุคลากรทางด้านสุขภาพขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและวิธีการสืบค้นอาการของภาวะสับสนฉับพลัน อีกทั้งการขาดการประสานงานกันในที่มสุขภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ผิดปกติเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการ (Litton, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Francis et al. (1990) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ 229 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า แพทย์มีการวินิจฉัยเพียง 5 ใน 50 ของผู้ที่พบว่ามีอาการแสดงของภาวะสับสนฉับพลันตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - III (Moran & Dorevitch, 2001) การศึกษาของ Milisen et al. (2002) พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ได้มีการบันทึกการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาของผู้สูงอายุไว้ ทั้งในการบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการพยาบาล เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นและการศึกษาของ Zyl & Davidson (2003) พบว่าไม่มีการรายงานอาการของภาวะสับสนฉับพลันลงในแบบบันทึกสรุปอาการของผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลและส่วนใหญ่จะมีการรายงานอาการ เมื่ออาการมีความรุนแรงหรือเป็นสาเหตุหลักของการมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าการรายงานอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การที่ไม่มีมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการประเมินหรือวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันข้อจำกัดทางด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและการละเอียดที่จะประเมินหรือวินิจฉัยในผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดีและมีสังคมที่ดี (Foreman et al., 2001) หากภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยหรือการประเมิน ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาจนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้

5.2 การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน

ภาวะสับสนฉับพลันเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นได้จากปัจจัยร่วมกันหลายประการ ทำให้การวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบของเกณฑ์การวินิจฉัยหลายประการ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ทั้งในการปฏิบัติทางคลินิกและการวิจัย คือ เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ดังนี้

The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision (ICD - 10) (WHO, 1992; สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันว่า

1. ความบกพร่องของความรู้สึกตัวและความตั้งใจ (การลดลงของความสามารถในการให้ความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคงความตั้งใจหรือการเปลี่ยนความตั้งใจ)

2. ความผิดปกติของการหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา การรับรู้ผิดปกติ เห็นภาพหลอน อาการประสาทหลอน ความบกพร่องของความคิดและความเข้าใจ การมีและไม่มีภาวะหลงผิดชั่วคราว แต่โดยปกติไม่มีความสัมพันธ์กัน ความบกพร่องของรำลึกถึงและความบกพร่องของความจำเหตุการณ์ในปัจจุบัน แต่ความจำเหตุการณ์ในอดีตไม่เปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องในการรับรู้เกี่ยวกับเวลา รวมทั้งในผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีความบกพร่องในการรับรู้เกี่ยวกับสถานที่และบุคคล

3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (การลดลงของพฤติกรรมเคลื่อนไหวหรือการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมเคลื่อนไหว และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาได้ มีการเพิ่มขึ้นของช่วงเวลาที่มึนงง การพูดเร็วขึ้นหรือช้าลง มีความไวในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มมากขึ้น)

4. ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น (นอนไม่หลับหรือในผู้ที่มีอาการรุนแรงจะสูญเสียการนอนหลับหรือวงจรการหลับ - ตื่นสลับกัน มีอาการง่วงมากในเวลากลางวัน มีอาการรุนแรงมากขึ้นในเวลากลางคืน การรบกวนความฝันหรือฝันร้าย ซึ่งอาจมีอาการประสาทหลอนภายหลังการตื่นนอน)

5. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลหรือกลัว ไวต่อความรู้สึกมากเกินไป มีความรู้สึกเคลิบเคลิ้มเป็นสุข ความไม่สนใจหรือความรู้สึกไม่แน่ใจ

ส่วนเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM - IV) ที่ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันขึ้นในปี ค.ศ. 1994 เพื่อบ่งบอกลักษณะที่ชัดเจนในการวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Schuurmans et al., 2001; Hanley, 2004) ดังนี้

1. มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว (การให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน) โดยมีการลดลงของความสามารถในการให้ความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคงไว้หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ

2. มีการเปลี่ยนแปลงของปัญญา (เช่น ความจำบกพร่อง ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล อาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความผิดปกติในการใช้ภาษาหรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ เป็นอยู่เดิมหรือที่เป็นมากขึ้น)

3. ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างวัน

4. มีหลักฐานจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าความผิดปกตินี้มีสาเหตุ คือ

- 4.1 ผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย
- 4.2 ผลจากสารพิษ
- 4.3 ผลจากการใช้ยา
- 4.4 มีหลายสาเหตุร่วมกัน

เกณฑ์ในการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกและเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ทั้งในการปฏิบัติทางคลินิกและในการศึกษาวิจัย แต่อย่างไรก็ตามการนำเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวมาใช้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ได้รับการฝึกฝนที่สามารถให้การวินิจฉัยได้สอดคล้องกัน (Robertsson, 2002) นอกจากนี้การศึกษาในประเด็นการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันพบว่า แม้ว่าจะมีเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย แต่ยังคงพบว่ามีเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยภาวะนี้อยู่มาก บ่อยครั้งที่ให้การวินิจฉัยกับผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันว่าเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันเหล่านี้ (Cole, 2004; Brown & Boyle, 2002; Zyl & Davidson, 2003; O'Keefee, 1999; Foreman et al., 2001; Rapp, 2001; อรพินท์ สีขาว, 2546) หากมีเครื่องมือที่ช่วยให้การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันสามารถเป็นไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและสะดวกต่อการนำไปใช้ น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ ปัจจุบันจึงมีผู้พัฒนาแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันออกมาใช้อย่างหลากหลาย ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

5.3 แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน นอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่มีมาตรฐานในการประเมินแล้ว ยังได้มีการพัฒนาแบบประเมินขึ้นมาช่วยในการวินิจฉัยและการติดตามอาการของภาวะสับสนฉับพลัน เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาวิจัย ซึ่งในต่างประเทศได้มีการพัฒนาแบบประเมินขึ้นมาอย่างหลากหลายและมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ในการประเมิน ทั้งใช้เพื่อการสำรวจ วินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน เป็นต้น (Robertsson, 2002)

การประเมินภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญานั้น แบบประเมินที่นำมาใช้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ตามวัตถุประสงค์ของการใช้ คือ แบบประเมินที่ใช้เพื่อการสำรวจและการวินิจฉัย และแบบประเมินที่ใช้เพื่อการวัดความรุนแรงของอาการ

5.3.1 แบบประเมินที่ใช้เพื่อการสำรวจและการวินิจฉัย ประกอบด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

5.3.1.1 แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา แบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา เช่น แบบประเมิน The Mini – Mental State Examination (MMSE) และแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

แบบประเมิน The Mini – Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Folstein et al. ในปี ค.ศ. 1975 (Robertsson, 2002) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองในการประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาใน 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความตั้งใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมไปถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยสายตา

Folstein et al. (1975, อ้างถึงใน Robertsson, 2002) ได้รายงานผลของการนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นนี้ไปใช้กับผู้มีอาการสมองเสื่อมและมีความผิดปกติทางจิตจำนวน 206 คน พบว่าแบบประเมิน MMSE สามารถแยกผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ออกจากกันได้ และยังสามารถแยกกลุ่มที่มีอาการสมองเสื่อมและกลุ่มภาวะซึมเศร้าที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากกันได้อย่างมีนัยสำคัญ ต่อมาในปี ค.ศ. 1982 Anthony et al. (อภิญา กังสนารักษ์ & นัยพินิจ คชภักดี, 2534) ได้ทำการศึกษาถึงมาตรฐานของแบบประเมิน MMSE ในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันและภาวะสมองเสื่อมกับผู้ป่วยรายใหม่ที่อยู่รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปพบว่า แบบประเมิน MMSE มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 87 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 82 โดยใช้จุดตัดที่คะแนน 23 จากคะแนนทั้งหมด 30 คะแนน โดยที่ค่าคะแนน 0 – 10 หมายถึง มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาในระดับที่รุนแรง (severe cognitive impairment) ค่าคะแนน 11 – 20 หมายถึง มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาในระดับปานกลาง (moderate cognitive impairment) และค่าคะแนน 21 – 24 หมายถึงมีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาเพียงเล็กน้อย (mild cognitive impairment) (Dupplis, 2003)

ปัจจุบันแบบประเมิน MMSE มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีการแปลจากภาษาอังกฤษไปใช้หลายภาษา เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ดี มีลักษณะเป็นแบบกววิสัยไม่ขึ้นกับความรู้สึก การรับรู้ หรือการตีความของผู้ถูกทดสอบแต่ละคนและเป็นการวัดเชิงปริมาณด้วยมาตราที่มีมาตรฐาน มีความเชื่อถือได้ (reliability) มีความเที่ยงตรง (validity) มีความไวและความจำเพาะที่ดี (อัญชูลี เตมียประดิษฐ์และคณะ, 2533; อภิญา กังสนารักษ์ & นัยพินิจ คชภักดี, 2534)

สำหรับประเทศไทยแบบประเมิน MMSE นี้ ได้รับการพัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดยอัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ ในปี พ.ศ. 2533 เพื่อนำมาใช้คัดกรองภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา โดยกำหนดให้แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล สามารถนำแบบประเมินนี้ไปใช้ได้ แบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 11 คำถาม ที่ทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาใน 5 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความจำ ความตั้งใจและการคำนวณ การรำลึกและการใช้ภาษา

อัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) ได้นำแบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทยไปทดสอบกับผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีกลุ่มอาการทางสมอง (organic brain syndrome) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - III - R เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุปกติ จำนวน 44 คน พบว่า แบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทย มีความไวร้อยละ 97.22 และความจำเพาะ ร้อยละ 95.45 โดยใช้จุดตัดที่คะแนน 21 จากคะแนนทั้งหมด 30 คะแนน และแบบประเมิน MMSE ฉบับภาษาไทยนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกร้อยละ 96.25 โดยอยู่นอกเหนือความบังเอิญอย่างมีนัยสำคัญ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini - Mental State Examination: TMSE) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยา จำนวนทั้งหมด 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วประเทศ โดยพัฒนามาจากแบบประเมิน The Mini - Mental State Examination (MMSE) ที่พัฒนาขึ้นโดย Folstein et al. ในปี ค.ศ. 1975 ซึ่งทางกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองได้นำแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดสอบกับผู้สูงอายุ จำนวน 180 คน พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของแบบประเมินนี้ได้เท่ากับ 27.38 คะแนน จึงได้กำหนดค่าปกติของคะแนนรวม โดยต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (นิพนธ์ พวงรินทร์ & อุดลย์ วิริยเวชกุล, 2537)

แบบประเมิน MMSE นี้ สามารถประเมินให้เสร็จสมบูรณ์ได้อย่างรวดเร็ว โดยที่ไม่ต้องการผู้เชี่ยวชาญระดับสูงในการประเมิน เป็นแบบประเมินที่มีประสิทธิภาพ ในการจัดประเภทของผู้ที่มีและผู้ที่ไม่มีความสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา สามารถนำมาใช้ประเมินเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการให้การดูแลและยังสามารถนำมาใช้ได้ ทั้งในทางปฏิบัติและงานวิจัย อย่างไรก็ตามแบบประเมิน MMSE นี้ ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาของผู้ถูกประเมิน เนื่องจากในบางหัวข้อของแบบประเมิน MMSE จำเป็นต้องใช้ทักษะด้านการพูด อ่าน เขียน ซึ่งในการศึกษาของอัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) พบว่า มีผลบวกของ

(false positive case) ถึงร้อยละ 4.16 ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความสูงอายุและระดับการศึกษาที่ต่ำของกลุ่มตัวอย่างและแม้ว่าจะแยกกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาได้ แต่ก็ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนฉับพลันและภาวะสมองเสื่อมได้

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะในปี พ.ศ. 2539 (Jitapunkul et al., 1995) ที่พัฒนาแบบทดสอบจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบทดสอบสภาพจิตที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เป็นแบบทดสอบสภาพจิตที่ความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม เป็นแบบคัดกรองในประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาในด้านต่างๆ คือ ด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความสนใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมทั้งการประเมินการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า (frontal lobe assessment) เกี่ยวกับการตัดสินใจ การบอกความหมายของคำสุภาษิต ในประเมินผลได้กำหนดค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2539, อ้างถึงใน Jitapunkul et al., 1996) ยังได้รายงานผลของการนำแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุปกติจำนวน 212 คน โดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมของจิตแพทย์พบว่าแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา มีค่าความไว ร้อยละ 100 และความจำเพาะ ร้อยละ 90 ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาในระดับที่รุนแรง แต่ในแบบประเมินนี้ไม่ได้มีการอธิบายถึงระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาในระดับต่ำหรือปานกลางไว้อย่างชัดเจน (Jitapunkul et al., 1996; วรพรรณ เสนาณรงค์, 2541; บุญศรี นุกฤต, 2545)

พีระศักดิ์ เลิศตระการนันทและคณะ (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini - Mental State Examination) และแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากการวัดโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย คิดเป็นร้อยละ 42 โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 5.16 นาที ส่วนแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 10 โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 2.97 นาที ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) และจากการศึกษา ยังพบว่า แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ประเมินได้ใกล้เคียงกับที่พบในประชากรทั่วไปที่มีภาวะสมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - III - R ร้อยละ 2.5 ดังนั้นแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา จึงมีความเหมาะสมสำหรับการคัดกรองหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมากกว่าแบบทดสอบ

สมรรถภาพสมองของไทย เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์น้อย มีความไวและความจำเพาะสูงและไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับการศึกษาและความสามารถในการเขียนอีกด้วย

5.3.1.2 แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาใช้

ประกอบด้วย The Confusion Assessment Method (CAM), The NEECHAM Confusion Scale (NEECHAM), The Delirium Assessment Scale (DAS), The Saskatoon Delirium Checklist (SDC), The Delirium Symptom Interview (DSI), The Organic Brain Syndrome (OBS) Scale, The Confusion Rating Scale (CRS), Clinical Assessment of Confusion – A (CAC – A), The Delirium Rating Scale (DRS) และ The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) (Robertsson, 2002) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

The Confusion Assessment Method (CAM) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Inouye et al. ในปี ค.ศ. 1990 เพื่อใช้ในการสำรวจการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน โดยวิธีการสัมภาษณ์และการสังเกต (Inouye et al., 1990; Moran & Dorevitch, 2001; Laplante & Cole, 2001) แบบประเมินมีพื้นฐานบนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM – III) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญคือ การสำรวจการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและการประเมินลักษณะสำคัญของภาวะสับสนฉับพลันที่ประกอบด้วย 4 ลักษณะที่สามารถจำแนกภาวะสับสนฉับพลันออกจากภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาชนิดอื่น ๆ คือ อาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มีการเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างวัน การขาดความตั้งใจ ความคิดไม่เป็นระบบและการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว แบบประเมินนี้ยังเป็นแบบประเมินที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับแบบประเมิน MMSE ในการประเมินผลของแบบประเมิน CAM ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันจะต้องมีข้อมูลในข้อ 1 มีอาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และข้อ 2 ความตั้งใจลดลงและข้อ 3 ความคิดไม่เป็นระบบหรือข้อ 4 การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ในข้อใดข้อหนึ่ง การประเมินสามารถใช้ระยะเวลาประเมินเพียง 5 – 10 นาทีและเป็นแบบประเมินที่มีความไว ร้อยละ 94 – 100 และความจำเพาะ ร้อยละ 90 – 95 เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์

แบบประเมินนี้สามารถอาการที่แสดงหรือไม่มีอาการแสดงเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน ช่วยแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนฉับพลัน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้าได้ และสามารถนำไปใช้ประเมินได้ง่าย รวดเร็ว แต่แบบประเมินนี้ไม่ได้มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางนักในทางการพยาบาล เนื่องจากในการประเมินต้องการผู้เชี่ยวชาญระดับสูงหรือต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนการใช้แบบประเมินมาก่อน รวมทั้งยังไม่มีแบบประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการและไม่สามารถการค้นหอาการที่ดีขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้นของภาวะสับสนฉับพลันได้

The NEECHAM Confusion Scale (NEECHAM) เป็นแบบประเมินหนึ่งที่ยิมนนำมาใช้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Neelon et al. ในปี ค.ศ. 1996 (Inouye et al., 1990; Moran & Dorevitch, 2001; Laplante & Cole, 2001) ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการประเมินทางการพยาบาล เพื่อดันหาภาวะสับสนฉับพลันในระยะเริ่มแรก โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ สังเกตและการบันทึกทางการพยาบาล แบบประเมินนี้แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับที่ 1 กระบวนการ คือ ความตั้งใจ คำสั่ง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระดับที่ 2 พฤติกรรม คือ ลักษณะท่าทางการเคลื่อนไหวกล่อมเนื้อคำพูด และระดับที่ 3 การควบคุมด้านร่างกาย คือ ความคงที่ในการทำหน้าที่ของสัญญาณชีพ ความสม่ำเสมอของค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด การควบคุมการกลืนปัสสาวะ ในการประเมินมีค่าคะแนนทั้งหมด 0 – 30 คะแนน โดยค่าคะแนน 0 – 19 หมายถึง มีภาวะสับสนระดับปานกลางถึงรุนแรง ค่าคะแนน 20 – 24 หมายถึง มีภาวะสับสนเล็กน้อยหรือเริ่มมีอาการของภาวะสับสนฉับพลัน ค่าคะแนน 25 – 26 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสนฉับพลันแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและค่าคะแนน 27 – 30 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสนฉับพลันหรือมีการทำหน้าที่ปกติ แบบประเมิน NEECHAM นี้ เป็นแบบประเมินที่มีความไว ร้อยละ 89.7 และความจำเพาะ ร้อยละ 69.6 และมีความไวต่อภาวะสับสนฉับพลันและลักษณะอาการ hyper – hypoactive delirium

แบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินทางการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยและสามารถประเมินซ้ำได้ เพื่อติดตามสภาวะทางจิตใจ แต่แบบประเมินนี้ไม่ได้ระบุช่วงเวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์ที่ชัดเจน ดังนั้นอาจต้องใช้เวลาในการประเมินนานและยังต้องการแบบประเมินทางด้านร่างกายเพิ่มเติมด้วย

The Delirium Assessment Scale (DAS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน (O’Keeffe, 1994 อ้างถึงใน Robertsson, 2002) มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อคำถาม ตามแบบประเมิน MMSE และการทดสอบการขานตัวเลข ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความจำและความตั้งใจ รวมทั้งการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ที่ผิดปกติ 2) การติดตามสังเกตพฤติกรรม เป็นการสังเกตเกี่ยวกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสอดคล้องของคำพูด ความแปรปรวนของอาการ และ 3) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมการเคลื่อนไหว ความแปรปรวนของอาการและแบบแผนการหลับ – ตื่น ข้อคำถามของการติดตามสังเกตพฤติกรรม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนนและเป็นส่วนที่ได้มาจาก The Brief Psychiatric Rating Scale หรือจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Gottlib et al. (1991 อ้างถึงใน Robertsson, 2002) ในข้อคำถามได้รวมการทดสอบความตั้งใจไว้ด้วย แต่ไม่ได้นำค่าคะแนนของความตั้งใจมาคำนวณ ดังนั้นจึงเป็นเพียงการรายงานเมื่อให้การวินิจฉัย

The Saskatoon Delirium Checklist (SDC) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน คือ DSM – III โดยประเมินค่าคะแนนเป็นตัวเลข (ค่าคะแนน 40 หมายถึง ไม่มี ความบกพร่องและค่าคะแนน 0 หมายถึง มีภาวะสับสนฉับพลันอย่างมาก) (Miller et al., 1998 อ้างถึงใน Robertsson, 2002) เกณฑ์การวินิจฉัย DSM – III ในข้อ 9 ค่าคะแนนขึ้นอยู่กับแต่ละอาการที่สังเกตเห็น (ไม่มี ไม่ค่อยมี มีบางครั้ง มีบ่อยครั้งและมีสมาธิ โดยไม่มีค่าคะแนน 0 – 4 ตามลำดับ) ในส่วนข้อที่เพิ่มเติมเข้าไปในแบบประเมินคือ อาการที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุจากด้านร่างกาย การประเมินเป็นการวินิจฉัยและค่าคะแนนแสดงให้เห็นความชัดเจนในการวินิจฉัย มากกว่าที่จะเป็นการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน แบบประเมินนี้พบว่า ยังไม่มีการศึกษาใดที่ระบุความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินนี้ไว้

The Delirium Symptom Interview (DSI) เป็นแบบประเมินที่มีการดำเนินการตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันคือ DSM – III ประกอบด้วย 60 ข้อคำถามที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันและอีก 50 ข้อคำถาม เป็นการให้ค่าคะแนนจากการติดตามสังเกตพฤติกรรม ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการติดตามสังเกตพฤติกรรมส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนจาก 0 – 4 (ตัวอย่างเช่น ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง หรือไม่มี ไม่ค่อยมี มีบางครั้ง มีบ่อยครั้งและมีสมาธิ) ค่าคะแนนไม่ได้มีการประเมินค่าออกมาเป็นตัวเลขและไม่ได้นำมาคำนวณ ในการสัมภาษณ์สามารถกระทำโดยผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ ในส่วนข้อมูลอื่น ๆ เช่น การที่นักวิจัยนำไปใช้ศึกษาสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งถ้าแบบประเมินนี้พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน คือ DSM – III จะทำให้มีความเป็นไปได้ว่าจะสามารถจัดสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลันออกเป็นหมวดหมู่ได้อย่างเป็นระบบและมีความเหมาะสม แบบประเมินมีการประยุกต์ใช้กับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM –III – R แบบประเมิน CAM และในการระบุลักษณะของภาวะสับสนฉับพลัน แต่แบบประเมินนี้ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในคำตอบที่ได้รับจากผู้ถูกประเมิน เนื่องจากในข้อคำถามที่เกี่ยวกับการสังเกต คำถามมีลักษณะที่ชี้ไปถึงคำตอบ ในการอธิบายพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน

The Organic Brain Syndrome (OBS) Scale เป็นแบบประเมินที่ไม่พบรายละเอียดของผู้พัฒนาขึ้นที่ชัดเจน แบบประเมินนำมาใช้ในการบันทึกอาการของภาวะสับสนฉับพลันโดยผู้ช่วยวิจัยที่ยึดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันตาม DSM – III และ DSM – III – R ประเมินค่าจากการติดตามสังเกต ประกอบด้วย 36 ข้อ การประเมินผลมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 สอดคล้องกับความรุนแรงและหรือความถี่ของพฤติกรรม ส่วนใหญ่แบบประเมินนี้นำมาใช้ในการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในสถานที่ที่มีความแตกต่างกันและพบว่าแบบประเมินนี้ ยังไม่มีการศึกษาใดที่ระบุความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินไว้อย่างชัดเจน

The Confusion Rating Scale (CRS) เป็นแบบประเมินภาวะสับสนฉบับพลันที่พัฒนาขึ้นโดยพยาบาล เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้ในการสำรวจและค้นหาผู้ที่มีภาวะสับสนฉบับพลัน โดยการสังเกตและติดตามอาการ ประกอบด้วย 4 ข้อ คือ 1) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล 2) การสื่อสารที่ไม่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบุคคล หรือขาดการสื่อสาร 3) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์และ 4) อาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ในการสังเกตติดตามอาการเป็นการประเมินตามการแสดงอาการ โดยมีอาการเพียงเล็กน้อยหรือมีการแสดงอาการอย่างชัดเจนและไม่มีอาการแสดงอาการ ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 2 ในการวินิจฉัยจะใช้ช่วงเวลาที่ให้การพยาบาล โดยผู้ประเมินจะให้ค่าคะแนน 0 – 8 ในแต่ละครั้ง เมื่อเปลี่ยนเวรให้การพยาบาล มีการศึกษาที่ยอมรับว่าค่าคะแนนรวมใน 2 ข้อเป็นอย่างน้อยสามารถบ่งชี้ผู้ที่มีภาวะสับสนฉบับพลันได้ (Gagnon et al., 2000 อ้างถึงใน Lindsay et al., 2002) แบบประเมิน CRS ที่พัฒนาโดยพยาบาลนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแบบประเมินในคลินิกและสามารถพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ แต่แบบประเมินนี้ไม่ได้ประเมินลักษณะอาการอื่นๆของภาวะสับสนฉบับพลัน คือ ความผิดปกติของความตั้งใจ ความรู้สึกตัวหรือความแปรปรวนของอาการไวด้วย เนื่องจากในการประเมินไม่ต้องการการมีส่วนร่วมในการประเมินของผู้ป่วย แบบประเมินสามารถทำได้ง่ายและแบบประเมินนี้มีจุดตัดค่าคะแนนที่ต่ำที่ทำให้แบบประเมินมีค่าความไวสูง

Clinical Assessment of Confusion – A (CAC – A) เป็นแบบประเมินภาวะสับสนฉบับพลันที่พัฒนาขึ้นโดยพยาบาล เพื่อใช้ในการสังเกตติดตามผู้ที่มีภาวะสับสนฉบับพลันและนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสำรวจ ประกอบด้วย 25 ข้อ ที่ประเมินลักษณะสำคัญ 5 ด้าน คือ สติปัญญา พฤติกรรมโดยทั่วไป กิจกรรมการเคลื่อนไหว การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลและพฤติกรรมของความผิดปกติทางจิต การให้คะแนนขึ้นอยู่กับการแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการ ค่าคะแนนรวมทั้งหมด 77 คะแนนและในแต่ละข้อ มีค่าคะแนน 2, 3 หรือ 4 คะแนน แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดในการประเมินอาการของภาวะสับสนฉบับพลันเนื่องจากความแปรปรวนและความรุนแรงของอาการ ไม่มีการประเมินอาการที่เฉพาะสำหรับภาวะสับสนฉบับพลันและแบบประเมิน CAC –A ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนฉบับพลันและภาวะสมองเสื่อมได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยแหล่งข้อมูลอื่นๆในการประเมินภาวะสับสนฉบับพลันร่วมด้วย

The Delirium Rating Scale (DRS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Trzepacz et al. ในปี ค.ศ. 1988 เพื่อการวินิจฉัยและวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉบับพลัน แบบประเมิน DRS ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) ความผิดปกติด้านการรับรู้ 3) ชนิดของอาการประสาทหลอน 4) อาการหลงผิด 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 6) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาขณะทำการประเมิน 7) โรคทางกาย 8) ความผิดปกติของวงจรการหลับ – ตื่น 9) ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์

10) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ

Trzepacz et al. (1999) ได้ทดลองใช้เครื่องมือนี้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คนเพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือและแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 20 คน 2) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 9 คน 3) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง 9 คน และ 4) ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาทางอายุรกรรม 9 คน โดยข้อมูลทั้งหมดได้จากสัมภาษณ์ การทดสอบสภาวะทางจิตใจ ประวัติการเจ็บป่วยและการทดสอบ การติดตามอาการทางกรพยาบาล การรายงานของสมาชิกครอบครัวและอื่น ๆ วิเคราะห์ผลโดยใช้ ANOVA ใช้ตัดสินความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่าคะแนน DRS ทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งชี้ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Oearsakul, 2000) ในการประเมินผลใช้จุดตัดที่คะแนน 10 จากค่าคะแนนทั้งหมด 0 – 32 คะแนน โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนฉับพลันเมื่อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป

สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันขึ้นโดยสมบัติ ศาสตร์รุ่งภักและคณะ ในปี พ.ศ. 2543 โดยได้แปลแบบประเมิน DRS มาเป็นฉบับภาษาไทย (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) เนื่องจากเห็นว่าเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ มีจำนวนข้อที่ใช้ประเมินเพียง 10 ข้อคำถาม สามารถประเมินได้ในเวลาอันสั้น จัดเป็นแบบประเมินที่มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันสูง อีกทั้งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ทั้งเพื่อการวินิจฉัยและการวิจัยเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน จึงเป็นแบบประเมินที่สมควรได้รับการพัฒนา เพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย โดยได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาข้อความบางส่วน เพื่อให้มีความชัดเจนในการประเมินมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยและวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามเช่นเดียวกับต้นฉบับ และได้้นำแบบประเมิน The Thai Mini – Mental State Examination (TMMSE) ที่พัฒนาขึ้นโดยอัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) มาใช้ประเมินความรุนแรงของการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา โดยจะนำค่าคะแนนของแบบประเมิน TMMSE มาใช้เพื่อคำนวณคะแนนรวมของแบบประเมิน TDRS

สมบัติ ศาสตร์รุ่งภักและคณะ (2543) ได้นำแบบประเมิน TDRS ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยตามใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV จากจิตแพทย์ท่านอื่นที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินนี้กับผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 40 คน ผู้ที่มีสมองเสื่อม 15 คน ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต 15 คน และผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิต 15 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมิน TDRS เป็นแบบประเมินที่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันได้อย่างถูกต้องแม่นยำและใกล้เคียงกับการวินิจฉัยที่ได้รับจากจิตแพทย์ค่อนข้างสูงมาก และยังสามารถแยกภาวะสับสนฉับพลันออกจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกับภาวะสับสนฉับพลันได้เป็นอย่างดี แบบประเมิน TDRS

ได้ใช้จุดตัดที่คะแนน 10 จากค่าคะแนนทั้งหมด 0 – 32 คะแนน โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสน
 จับปล้น เมื่อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ที่จุดตัดนี้ให้ค่าความไว ร้อยละ 97 และ
 ความจำเพาะ ร้อยละ 91 ยังพบผลบวกลวง (positive predictive) ร้อยละ 91 และผลลบลวง
 (negative predictive) ร้อยละ 98 ซึ่งค่าความไวและความจำเพาะที่ได้สูงกว่าแบบประเมิน
 ต้นฉบับที่พัฒนาขึ้นโดย Trzepacz et al. (1999) และผลรวมของค่าคะแนนใน 5 ข้อ คือ 5, 6,
 8, 9 และ 10 มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ และแบบประเมิน TDRS ยังม
 ีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวมของแบบประเมิน TMMSE เท่ากับ -0.377
 ($P < 0.01$) (สมบัติ ศาสตรร์ุ่งภาคและคณะ, 2543; Oearsakul, 2000)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 สมบัติ ศาสตรร์ุ่งภาคและคณะ
 มีความเห็นว่าแบบประเมิน TDRS เป็นแบบประเมินที่มีความแม่นยำตรงสูง มีความไวและ
 ความจำเพาะสูง แต่มีข้อจำกัดในข้อที่ 2, 3, 4 และ 9 ของแบบประเมิน เนื่องจากมีความ
 สอดคล้องภายในอยู่ในระดับต่ำ เนื้อหาบางส่วนยากต่อการทำความเข้าใจ โดยเฉพาะในข้อ 2
 การคิดคะแนนรวมที่ใช้บ่งบอกความรุนแรงมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่คุ้นเคย
 กับการประเมินอาการ การใช้คะแนนรวมในข้อ 5, 6, 8, 9 และ 10 สามารถบ่งบอกถึงความ
 รุนแรงของภาวะสับสนจับปล้นได้ดีกว่าการใช้ผลรวมทั้ง 10 ข้อ แต่อาจทำให้เกิดความสับสน
 ในทางปฏิบัติได้ ดังนั้นสมบัติ ศาสตรร์ุ่งภาคและคณะ (2544) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบ
 ประเมิน TDRS โดยลดลงเหลือ 6 ข้อคำถาม ซึ่งมีความสอดคล้องภายในระดับสูง ประกอบด้วย
 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 3) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้อง
 4) ไรศทางกาย 5) ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น
 และ 6) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ

สมบัติ ศาสตรร์ุ่งภาคและคณะ (2544) ได้นำแบบประเมิน
 TDRS ที่ลดลงเหลือ 6 ข้อคำถาม มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่
 ใช้ในการพัฒนาแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็ม เพื่อวิเคราะห์ความแม่นยำตรงของแบบประเมิน
 TDRS ฉบับ 6 ข้อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็ม (ดังแสดงในตารางที่ 4)
 ผลการทดลองใช้พบว่าแบบประเมิน TDRS ฉบับ 6 ข้อนี้ สามารถใช้ประเมินภาวะสับสนจับปล้น
 และบอกระดับความรุนแรงด้านอาการและการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆโดยรวมได้ ในระดับที่
 ใกล้เคียงแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็ม และมีค่าความไวร้อยละ 97.5 และค่าความจำเพาะ
 ร้อยละ 97.8 ซึ่งสูงกว่าแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็มที่มีค่าความไวร้อยละ 97 และค่าความ
 จำเพาะ ร้อยละ 91 ในการประเมินผลใช้จุดตัดที่คะแนน 10 จากค่าคะแนนทั้งหมด 0 – 20
 คะแนน โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนจับปล้นเกิดขึ้น เมื่อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป
 ซึ่งเป็นจุดตัดเดียวกันกับแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็ม และค่าคะแนนของแบบประเมิน TDRS
 ฉบับ 6 ข้อยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวมของแบบประเมิน TMMSE
 ($P < 0.01$) ซึ่งค่าความสัมพันธ์นี้อยู่ในระดับดี แบบประเมิน TDRS ฉบับ 6 ข้อนี้ จึงมีความ

เหมาะสมที่นำมาใช้วินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ง่ายและสะดวก รวดเร็วขึ้นกว่าแบบประเมิน TDRS ฉบับเต็ม (สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาคและคณะ, 2544)

แบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้ประเมินผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ในเวลาอันสั้น สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันได้อย่างถูกต้องแม่นยำและใกล้เคียงกับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ค่อนข้างสูงมากและยังสามารถแยกภาวะสับสนฉับพลันออกจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกับภาวะสับสนฉับพลันได้เป็นอย่างดี แต่แบบประเมินนี้ไม่ได้ระบุเวลาที่ใช้ในการประเมินไว้อย่างชัดเจนและไม่ได้ระบุถึงระดับความรุนแรงของอาการว่าอยู่ในระดับใดหรือมีค่าคะแนนในการประเมินความรุนแรงเท่าใด

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2543 ยุทธนา งามอาจสกุลม่น ได้นำแบบประเมิน DRS มาพัฒนาโดยการแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai Version Delirium Rating Scale) เช่นกัน และยังได้ดัดแปลงแบบประเมินในหัวข้อที่ 2 ความผิดปกติด้านการรับรู้ เพื่อให้แพทย์ทั่วไปสามารถนำไปใช้ในการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ และได้นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 80 คน ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 20 คนและผู้ป่วยอื่น ๆ 60 คน ซึ่งมีการคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารอย่างมาก ออกจากการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินใช้จุดตัดที่ 13 คะแนนจากค่าคะแนนทั้งหมด 0 – 31 คะแนน เนื่องจากเป็นจุดตัดที่มีค่าความไวสูง ร้อยละ 94.4 และความจำเพาะ ร้อยละ 95.2 และแบบประเมินนี้ยังสามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้อย่างรวดเร็วและใช้เวลาอันสั้น อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ระบุให้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นำไปใช้ประเมินเท่านั้น

5.3.2 แบบประเมินที่ใช้สำหรับวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน

ประกอบด้วย The Confusional State Evaluation (CSE), The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), The Delirium Index (DI), The Delirium Severity Scale (DSS) (Robertsson, 2002) (ดังแสดงในตารางที่ 3)

The Confusional state Evaluation (CSE) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์ แพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝน ซึ่งมีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะสับสนฉับพลัน เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันโดยการมีส่วนร่วมของผู้ถูกประเมิน แบบประเมินสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของอาการจากการประเมินผลของการให้การพยาบาล แบบประเมิน CSE เป็นแบบประเมินเบื้องต้นที่นำมาใช้ในการวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยที่จะมาแทนที่ประสบการณ์และความสามารถของแพทย์ในการตัดสินใจวินิจฉัย แบบประเมินนี้ประเมินค่าจากการติดตามสังเกต ครอบคลุมอาการที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลันและสามารถประเมินให้เสร็จสมบูรณ์ในระยะเวลาเพียง 30 นาที โดยจิตแพทย์ แพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝน แบบประเมินประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม

โดย 12 ข้อใช้วัดอาการที่สำคัญของภาวะสับสนจับปล้น (ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความคิดและความจำผิดปกติ การขาดสมาธิ การรบกวนหรือหันเหความสนใจ แยกตัวจากสิ่งแวดล้อม หลงผิดและอาการประสาทหลอน) อีก 7 ข้อเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อย ในภาวะสับสนจับปล้น (การไวต่อสิ่งที่มีกระตุ้นอารมณ์ไม่มั่นคง การนอนหลับผิดปกติ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของกิจกรรมการเคลื่อนไหว ความทุกข์ทรมานทางจิต ความผิดปกติของ วงจรการหลับ - ตื่น) และอีก 3 ข้อเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสับสน จับปล้น ในแต่ละข้อของแบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อวินิจฉัยการสูญเสียความสามารถในการทำ หน้าที่ของสมองที่ทำให้เกิดภาวะสับสนจับปล้นมากกว่าวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินนี้ มีการศึกษาที่พบว่ามีค่าความเที่ยงและความตรงภายในเป็นที่น่าพอใจ

The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) เป็นแบบ ประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์ แบบประเมินประกอบด้วย 10 ข้อที่ประเมิน ความสับสน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความจำระยะสั้น การขานตัวเลข ความตั้งใจ ความคิด การรับรู้ อาการหลงผิด พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและวงจรการหลับ - ตื่น ในแต่ละ ข้อมีค่าคะแนน 0 - 3 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความผิดปกติ มีความผิดปกติ เพียงเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง ในจำนวน 3 ข้อจะเป็นการทดสอบความบกพร่องใน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การสูญเสียความจำระยะสั้นและการสูญเสียความสามารถในการ ขานตัวเลข ส่วนในข้ออื่นๆให้คะแนนจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ค่าคะแนนทั้งหมด สามารถบ่งชี้ถึงความรุนแรงของภาวะสับสนจับปล้น

The Delirium Index (DI) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความรุนแรง ของภาวะสับสนจับปล้น ประกอบด้วย 7 ข้อ โดยที่เป็น 7 ข้อใน 9 ข้อของแบบประเมิน CAM และเกี่ยวข้องกับเกณฑ์การประเมินใน DSM - III - R อาการที่ประเมิน คือ การขาดความตั้งใจ ความคิดไม่เป็นระบบ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความจำบกพร่อง การรับรู้ผิดปกติและพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่งหรือซ้าลง การประเมินใช้ร่วมกับแบบประเมิน MMSE และใน 5 ข้อแรกของแบบ ประเมิน MMSE เป็นค่าคะแนนในแบบประเมิน DI ในแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน ผลรวมของค่าคะแนนทั้งหมดคือ 0 - 21 คะแนน เมื่อพบว่าในข้อ 1, 2, 4 และ 5 ไม่สามารถ ประเมินได้จะพิจารณาให้แต่ละข้อได้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน วิธีการนี้จะลดความความตรง ของแบบประเมินลงค่อนข้างมาก ในการใช้แบบประเมินนี้พยาบาล นักบำบัดและจิตแพทย์ด้าน ผู้สูงอายุภายหลังจากการได้รับการฝึกฝนสามารถนำแบบประเมินไปใช้ได้เป็นอย่างดีและ แบบประเมินนี้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางในการติดตามการ เปลี่ยนแปลงของอาการก่อนการวินิจฉัยภาวะสับสนจับปล้น

The Delirium Severity Scale (DSS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อติดตามความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน และสะท้อนอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในขณะทำการประเมินและบุคลากรทางด้านสุขภาพหลายสาขาสามารถนำมาใช้ได้ง่าย ประกอบด้วย การทดสอบเกี่ยวกับปัญญา การทดสอบการขานตัวเลขไปข้างหน้า ซึ่งมีค่าคะแนนสูงสุด 24 คะแนนและสุภาพิตที่มีค่าคะแนนสูงสุด 35 คะแนน โดยเลือกจาก 13 ข้อทดสอบที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ได้มีการศึกษาในผู้ที่ไม่มีภาวะวิกลจริต อาการพูดไม่ได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางสมองและไม่มีความบกพร่องของการมองเห็นหรือการได้ยิน ซึ่งแบบประเมิน DSS มีความตรงและความเที่ยงในระดับสูง ในการค้นหาการเปลี่ยนแปลงของภาวะสับสนฉับพลันและไม่มีภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการนำแบบประเมินมาใช้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการทดสอบความตรงได้ใช้ประเมินในผู้ป่วยที่มีสุขภาพดีและส่วนใหญ่ไม่มีความบกพร่อง

การพัฒนาแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันมีอย่างหลากหลาย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ บางแบบประเมินทั้งแพทย์และพยาบาลทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้ แต่บางแบบประเมินต้องประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ได้รับการฝึกฝนเท่านั้น แต่ทุกแบบประเมินต้องอาศัยข้อมูลในส่วนอื่น ๆ เพิ่มเติม ในการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งจะช่วยในการวางแผนให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายต่อไป

สำหรับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ทั้งอุบัติการณ์ ลักษณะอาการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน คือ The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) ที่พัฒนาและปรับปรุงขึ้นโดยสมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาคและคณะ (2544) และแบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา คือ แบบประเมิน The Thai Mini – Mental State Examination (TMMSE) ที่พัฒนาขึ้นโดย อัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมิน TDRS เป็นแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันที่ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นฉบับภาษาไทยและเป็นแบบประเมินที่สั้นกระชับ มีจำนวนข้อที่ใช้ประเมินเพียง 6 ข้อและมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันสูง เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินต้นฉบับที่พัฒนาขึ้นโดย Trzepacz et al. และแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย ยุทธนา งามอาจสกุลม่น (2543) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ส่วนในแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันอื่น ๆ เช่น แบบประเมิน CAM และ NEECHAM แม้ว่าจะเป็นแบบประเมินมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในทางการพยาบาล แต่แบบประเมินทั้งสองนี้ยังไม่ได้รับการพัฒนามาใช้ในผู้สูงอายุไทยและต้องการผู้เชี่ยวชาญระดับสูงในการใช้ ทำให้การนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ยังมีข้อจำกัด ส่วนแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันอื่น ๆ เช่น แบบประเมิน DAS, SDC, DSI, OBS Scale, CRS และ CAC – A แม้ว่าจะเป็นแบบ

ประเมินที่นำมาใช้ในการประเมินภาวะสับสนจับปล้นเช่นกันและในบางแบบประเมินยังได้รับการพัฒนาขึ้นโดยพยาบาล แต่แบบประเมินเหล่านี้ยังไม่มีนำมาใช้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งในบางแบบประเมิน ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินไว้อย่างชัดเจน ทำให้การนำมาใช้ยังมีข้อจำกัด

สำหรับแบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมิน TMMSE ที่พัฒนาขึ้นโดย อัญชุลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) แม้จะพบว่าแบบประเมินนี้มีข้อจำกัดในการประเมินในผู้สูงอายุและผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งจะทำให้เกิดผลบวกวง ร้อยละ 4.16 และแม้จะจัดประเภทของผู้ที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ แต่ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนจับปล้นและภาวะสมองเสื่อมได้ เมื่อเปรียบเทียบแบบทดสอบสภาพจิตจุฬาที่มีความเหมาะสมสำหรับการคัดกรองหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยมากกว่า เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์น้อย มีความไวและความจำเพาะสูงและไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับการศึกษา และความสามารถในการเขียน แต่แบบประเมิน TMMSE เป็นแบบประเมินที่ค่าคะแนนรวมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับแบบประเมิน TDRS ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งแบบประเมิน TDRS และแบบประเมิน TMMSE จึงเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแบบประเมินการทำหน้าที่สมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Mini – Mental State Examination (MMSE)	เพื่อประเมินภาวะ cognitive impairment	มี 11 คำถาม ทดสอบ cognitive function 5 ด้าน คือ - orientation - registration - attention & calculation - recall - language	การสัมภาษณ์ ใช้ในผู้สูงอายุ ในคลินิก	สูงสุด 30 คะแนน ถ้าได้ 21 คะแนนหรือน้อยกว่า ถือว่ามีภาวะ cognitive impairment คะแนน 21 – 24 mild คะแนน 11 – 20 moderate คะแนน 0 – 10 severe	sensitivity 97.2 % specificity 95.45 %	ผู้สูงอายุ 36 คน ที่มีกลุ่มอาการทางสมอง เทียบกับผู้สูงอายุปกติ 44 คน	1. สามารถจัดประเภทผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะ cognitive impairment 2. ไม่สามารถแยกความแตกต่างของ delirium และ dementia 3. ไม่ต้องการผู้เชี่ยวชาญระดับสูง 4. ใช้ได้ทั้งทางปฏิบัติและวิจัย 5. สามารถนำมาใช้ประเมิน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง 6. สามารถประเมินได้รวดเร็ว 7. พบผลบวกหลง 14.6% เกิดจากอายุและระดับการศึกษา
Chula Mental Test (CMT)	เพื่อประเมินภาวะ cognitive impairment	มี 13 คำถาม ทดสอบ cognitive function 5 ด้าน คือ - orientation - memory - attention & calculation - language - frontal lobe assessment	การสัมภาษณ์ ใช้ในผู้สูงอายุ ในชุมชน	ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมี ความผิดปกติของ cognitive function	sensitivity 100 % specificity 90 %	ผู้สูงอายุปกติ เทียบกับผู้สูงอายุที่แพทย์จิตเวชวินิจฉัยจำนวน 212 คน	1. มีความไวและความจำเพาะสูง เฉพาะกรณีที่อาการรุนแรง 2. ใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์น้อย 3. เหมาะสำหรับผู้สูงอายุไทย 4. ไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับการศึกษาและความสามารถในการเขียน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Confusion Assessment Method (CAM)	เพื่อประเมินภาวะ cognitive impair และวินิจฉัยภาวะ delirium	ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ใช้สำรวจภาวะ cognitive impair และลักษณะสำคัญของภาวะ delirium คือ <ul style="list-style-type: none"> - acute onset & fluctuating - inattention - disorganized thinking - altered level of conscious 	การสัมภาษณ์/สังเกต ใช้ในผู้ป่วยในคลินิก	การยืนยันผลของ CAM ผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นในข้อ 1 และข้อ 2 และข้อ 3 หรือข้อ 4 ข้อใดข้อหนึ่ง	sensitivity 94 – 100% specificity 90 – 95%	ผู้สูงอายุ (> 65 ปี) ผู้ป่วยผ่าตัด ข้อสะโพก	<ol style="list-style-type: none"> 1. แยกความแตกต่างระหว่าง delirium dementia และ depression 2. ประเมินได้ง่าย รวดเร็ว 3. ไม่มีการประเมินความรุนแรงของอาการ 4. ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญระดับสูง
The NEECHAM Confusion Scale (NEECHAM)	เพื่อประเมินภาวะ delirium ในระยะเริ่มแรก	มี 9 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ <ul style="list-style-type: none"> - ระดับที่ 1 กระบวนการ - ระดับที่ 2 พฤติกรรม - ระดับที่ 3 การควบคุมด้านร่างกาย 	การสัมภาษณ์/สังเกต/การบันทึกทางการแพทย์ ใช้ในผู้ป่วยในคลินิก	คะแนน 0-30 0-19 มีระดับปานกลางถึงรุนแรง 20-24 เล็กน้อยหรือเริ่มมี 25-26 “ไม่มีภาวะสับสน” แต่มีปัจจัยเสี่ยงสูง 27-30 “ไม่มีภาวะสับสน”	sensitivity 89.7 % specificity 69.6 %	ผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัด 64 คน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความไวต่อภาวะ delirium และอาการทั้ง hyper – hypoactive delirium 2. นำมาใช้อย่างกว้าง ขวางทั้งทางปฏิบัติทางการแพทย์ 3. ใช้เวลาเก็บข้อมูลนาน 4. ต้องการเครื่องมือช่วยประเมินทางด้านร่างกาย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Delirium Assessment Scale (DAS)	เพื่ออธิบาย ความรุนแรง ของภาวะ delirium	ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การ สัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) การติดตามสังเกต พฤติกรรม และ 3) การสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และแพทย์ ผู้ให้การดูแล	การสัมภาษณ์	ค่าคะแนน 0 – 3 คะแนน	-	-	ข้อคำถามได้รวมการทดสอบความ ตั้งใจไว้ด้วย แต่ไม่ได้นำคะแนนของ ความตั้งใจมาคำนวณ เป็นเพียงการ รายงานเมื่อให้การวินิจฉัย
The Saskatoon Delirium Checklist (SDC)	เพื่อการ วินิจฉัยภาวะ delirium	ไม่ได้ระบุไว้ชัดเจน	ไม่ได้ระบุไว้ ชัดเจน	คะแนน 0 – 40 โดย คะแนน 40 หมายถึง ไม่มี ความบกพร่อง, 0 หมายถึง มีภาวะ สับสนฉับพลัน อย่างมาก	-	-	1. ค่าคะแนนที่แสดงให้เห็นความ ชัดเจนในการวินิจฉัย มากกว่าที่ จะเป็นการบ่งชี้ถึงความรุนแรง ของภาวะสับสนฉับพลัน 2. แบบประเมินนี้พบว่ายังไม่มี การศึกษาใดที่ระบุความเที่ยงและ ความตรงของแบบประเมินนี้ไว้
The Delirium Symptom Interview (DSI)	เพื่อการ วินิจฉัยภาวะ delirium	ประกอบด้วย 110 ข้อ โดย 60 ข้อคำถาม ที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับประสบการณ์ของการเกิด อาการสับสนฉับพลัน และอีก 50 ข้อคำถามเป็นการให้ค่า คะแนนจากการติดตามสังเกต พฤติกรรม	การสัมภาษณ์ และการติดตาม สังเกตพฤติกรรม	การประเมินมีค่า คะแนนจาก 0 – 4 (ไม่มี เล็กน้อย ปานกลางและ รุนแรง หรือไม่มี ไม่ค่อยมี มี บางครั้ง บ่อยครั้ง และมีสม่ำเสมอ)	sensitivity 90 % specificity 80 %	-	1. สามารถประเมินได้โดยผู้ที่ไม่ได้ เป็นแพทย์ 2. มีการประยุกต์ใช้กับ DSM – III – R, The CAM และการระบุ ชนิดของภาวะสับสนฉับพลัน 3. มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความเชื่อมั่นใน คำตอบที่ได้รับจากผู้ป่วยต่อ ลักษณะคำถามซ้ำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Organic Brain Syndrome (OBS) Scale	เพื่อการ วินิจฉัยภาวะ delirium	ประเมินค่าจากการติดตามสังเกต ประกอบด้วย 36 ข้อ	จากการติดตาม สังเกต	ค่าคะแนนอยู่ ระหว่าง 0 – 3 สอดคล้องกับ ความรุนแรงและ หรือความถี่ของ พฤติกรรม	-	-	1. สามารถบันทึกอาการโดยผู้ช่วย วิจัย 2. นำมาใช้ในการศึกษาความชุก 3. ยังไม่มีการศึกษาใดที่ระบุความ เที่ยงและความตรง
The Confusion Rating Scale (CRS)	เพื่อใช้ในการ สำรวจและ ค้นหาภาวะ delirium	ประกอบด้วย 4 ข้อ คือ 1) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล 2) การสื่อสารที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน ไม่เหมาะสมกับ สถานการณ์หรือบุคคล หรือขาด การสื่อสาร 3) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อ สถานการณ์ 4) แสดงให้เห็นอาการประสาท หลอน เห็นภาพหลอน	การสังเกต ติดตามอาการ ในคลินิก	มีค่าคะแนน 0 – 2 ซึ่งการไม่แสดง อาการ การแสดง อาการแต่มีเพียง เล็กน้อยหรือแสดง อาการ	-	-	1. พัฒนาขึ้น โดยพยาบาล 2. มีการศึกษาที่ยอมรับว่าค่าคะแนน ทั้งหมดใน 2 ข้อเป็นอย่างน้อย สามารถบ่งชี้ผู้ที่มีภาวะสับสน ฉับพลัน 3. สามารถประเมินในคลินิกและ สามารถพัฒนาใช้เป็นแนวทาง ปฏิบัติ 4. แบบประเมินมีจุดตัดค่าคะแนนที่ ต่ำที่ทำให้แบบประเมินมีค่าความ ไวสูง 5. ไม่ได้ประเมินลักษณะอาการอื่น ๆ ของภาวะสับสนฉับพลัน 6. ไม่ต้องการการมีส่วนร่วมในการ ประเมินของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
Clinical Assessment of Confusion – A (CAC – A)	เพื่อใช้ในการสังเกตติดตามและใช้ในการสำรวจภาวะสับสนฉับพลัน	ประกอบด้วย 25 ข้อ ที่ประเมินลักษณะสำคัญ 5 ด้าน คือ 1) สติปัญญา 2) พฤติกรรมโดยทั่วไป 3) กิจกรรมการเคลื่อนไหว 4) การรับรู้วันเวลาสถานที่บุคคล 5) พฤติกรรมของความผิดปกติทางจิต	การสังเกตติดตาม	ค่าคะแนนทั้งหมด 77 คะแนนและในแต่ละข้อมีค่าคะแนน 2, 3 หรือ 4 คะแนน	sensitivity 0.36%	-	1. พัฒนาขึ้นโดย พยาบาล 2. ไม่สามารถแยกความแตกต่างของ delirium และ dementia 3. การประเมินอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากความแปรปรวนของอาการ 4. ไม่มีการประเมินอาการที่เฉพาะสำหรับภาวะ delirium 5. จำเป็นต้องอาศัยแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ในการประเมิน
The Delirium Rating Scale (DRS)	เพื่อวินิจฉัยและวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน	มี 10 ข้อคำถาม 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) ความผิดปกติด้านการรับรู้ 3) ชนิดของอาการประสาทหลอน 4) อาการหลงผิด 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 6) cognitive status ขณะประเมิน 7) โรคทางกาย 8) ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น 9) ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ 10) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ	การสัมภาษณ์แบบบันทึกประวัติ อาการ การรายงานของผู้ดูแล ใช้ในผู้ป่วยในคลินิก	คะแนน 0 – 32 โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะ delirium เมื่อมีค่าคะแนน 10 ขึ้นไป	sensitivity 82% specificity 94%	ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 20 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะสมอง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม อย่างละ 9 คน	1. แบบประเมินที่สั้น กระชับ มีเพียง 10 ข้อคำถาม 2. สามารถใช้ประเมินได้ในเวลาสั้น ๆ 3. มีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันสูง 4. ระบุให้จิตแพทย์เป็นผู้ประเมิน 5. แยกความแตกต่างระหว่าง delirium dementia และ depression 6. นำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งทางปฏิบัติและวิจัย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) (10 ข้อ)	เพื่อการวินิจฉัยและวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน	มี 10 ข้อคำถาม 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) ความผิดปกติด้านการรับรู้ 3) ชนิดของอาการประสาทหลอน 4) อาการหลงผิด 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 6) cognitive status ขณะประเมิน 7) โรคทางกาย 8) ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น 9) ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ 10) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ	การสัมภาษณ์แบบบันทึกประวัติ อาการ การรายงานของผู้ดูแล ใช้ในผู้ป่วยในคลินิก	ค่าคะแนน 0- 32 โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะ delirium เมื่อมีค่าคะแนน 10 ขึ้นไป	sensitivity 97% specificity 91%	ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 40 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยปกติ อย่างละ 15 คน	1. แยกความแตกต่างระหว่าง delirium dementia และ depression 2. ใช้อย่างกว้างขวางทั้งทางปฏิบัติและวิจัย 3. สามารถประเมินได้โดย จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล 4. ประเมินได้ง่าย รวดเร็ว 5. ไม่ได้ระบุถึงระดับความรุนแรงของอาการ delirium ที่ชัดเจน
The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) (6 ข้อ)	เพื่อการวินิจฉัยและวัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน	มี 6 ข้อคำถาม 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 3) cognitive status ขณะประเมิน 4) โรคทางกาย 5) ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น 6) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ	การสัมภาษณ์แบบบันทึกประวัติ อาการ การรายงานของผู้ดูแล ใช้ในผู้ป่วยในคลินิก	ค่าคะแนน 0- 20 โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะ delirium เมื่อมีค่าคะแนน 10 ขึ้นไป	sensitivity 97.6% specificity 97.8%	ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 40 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยปกติ อย่างละ 15 คน	1. แยกความแตกต่างระหว่าง delirium dementia และ depression 2. ใช้อย่างกว้าง ขวางทั้งทางปฏิบัติและวิจัย 3. สามารถประเมินได้โดย จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล 4. ประเมินได้ง่าย รวดเร็วกว่า 5. ไม่ได้ระบุถึงระดับความรุนแรงของอาการ delirium ที่ชัดเจน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
Thai Version Delirium Rating Scale	เพื่อการ วินิจฉัยและวัด ความรุนแรง ของภาวะ สับสนฉับพลัน	มี 10 ข้อคำถาม 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) ความผิดปกติด้านการรับรู้ 3) ชนิดของอาการประสาทหลอน 4) อาการหลงผิด 5) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 6) cognitive status ขณะประเมิน 7) โรคทางกาย 8) ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น 9) ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ 10) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ	การสัมภาษณ์ แบบบันทึก ประวัติ อาการ การรายงานของ ผู้ดูแล ใช้ในผู้ป่วย ในคลินิก	ค่าคะแนน 0- 31 โดยจะวินิจฉัยว่ามี ภาวะ delirium เมื่อมีค่าคะแนน 13 ขึ้นไป	sensitivity 94.4 % specificity 95.2 %	ผู้ป่วยที่มีภาวะ สับสนฉับพลัน 20 คน ผู้ป่วยอื่นๆ 60 คน	1. ระบุให้เฉพาะแพทย์เป็นผู้ประเมิน 2. ประเมินได้ง่าย รวดเร็ว 3. มีความไวและความจำเพาะในการ วินิจฉัยสูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบประเมินที่ใช้วัดความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Confusional State Evaluation (CSE)	เพื่อวัดความ รุนแรงของ ภาวะสับสน ฉับพลัน	ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม โดย 12 ข้อใช้วัดอาการที่สำคัญของ ภาวะสับสนฉับพลัน (ความบกพร่อง ในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความคิดและความจำผิดปกติ การขาด สมาธิ การรบกวนหรือหันเหความ สนใจ แยกตัวจากสิ่งแวดล้อม หลงผิด และอาการประสาทหลอน) อีก 7 ข้อเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อย ในภาวะสับสนฉับพลัน (การไวต่อสิ่ง ที่มักกระตุ้น อารมณ์ไม่มั่นคง การ นอนหลับผิดปกติ การเพิ่มขึ้นของ กิจกรรมการเคลื่อนไหว การลดลงของ กิจกรรมการเคลื่อนไหว ความทุกข์ ทรมานทางจิต ความผิดปกติของวงจร การหลับ - ตื่น) อีก 3 ข้อเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและ ความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน	การติดตาม สังเกต ใช้กับผู้สูงอายุ ในคลินิก	ไม่ได้ระบุชัดเจน	-	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาขึ้นโดยพยาบาล จิตแพทย์ และแพทย์ 2. แต่ละข้อของแบบประเมินสร้าง ขึ้นเพื่อระบุการสูญเสีย ความสามารถในการทำหน้าที่ของ สมองที่จะทำให้เกิดภาวะสับสน มากกว่าระบุภาวะสมองเสื่อม 3. สามารถใช้ประเมินได้ในเวลาอัน สั้น 4. ต้องการการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ 5. สามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลง ของอาการในการประเมินผลของ การให้การพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบแบบประเมินที่ใช้วัดความรุนแรงของภาวะสับสนจับปล้น (ต่อ)

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	องค์ประกอบ	วิธีการวัด กลุ่ม/สถานที่	การแปลผล	validity /reliability	กลุ่มตัวอย่าง	ข้อดี/ข้อจำกัด
The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)	เพื่อวัดความ รุนแรงของ ภาวะ delirium	ประกอบด้วย 10 ข้อ ที่ประเมินความ รู้ตัว การรับรู้วันเวลาสถานที่บุคคล ความจำระยะสั้น การขานตัวเลข ความ ตั้งใจ ความคิด การรับรู้ อากาหลง ผิด พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและ วงจรการหลับ - ตื่น	การสังเกต พฤติกรรมของ ผู้ป่วย	ค่าคะแนน 0 - 3 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความผิดปกติ มีความผิดปกติ เพียงเล็กน้อย ปานกลางและ รุนแรง	sensitivity 70.6 % specificity 93.8 %	ผู้ป่วย สับสน จับปล้น 17 คน ผู้ป่วย สมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ไม่มี ความผิดปกติ ทางจิต 8 คน	1. พัฒนาขึ้นโดยจิตแพทย์ผู้ที่มี ประสบการณ์ 2. ค่าคะแนนทั้งหมดสามารถบ่งชี้ถึง ความรุนแรงของภาวะสับสน จับปล้น
The Delirium Index (DI)	เพื่อวัดความ รุนแรงของ ภาวะ delirium	ประกอบด้วย 7 ข้อ ที่เป็น 7 ข้อใน 9 ข้อของแบบประเมิน CAM และ เกี่ยวกับข้อประเมินใน DSM -III - R อาการที่ประเมินคือ การขาดความตั้งใจ ความคิดไม่เป็นระบบ การเปลี่ยนแปลง ระดับความรู้สึกตัว ความบกพร่องใน การรับรู้วันเวลาสถานที่บุคคล ความจำ บกพร่อง การรับรู้ผิดปกติและ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่กระวน กระวาย ไม่อยู่นิ่งหรือซ้าลง การประเมินใช้ร่วมกันใน 5 ข้อแรกของ แบบประเมิน MMSE	การสัมภาษณ์	ค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน ผลรวม ของค่าคะแนน ทั้งหมดคือ 0 - 21 คะแนน	-	-	กรณีในข้อ 1, 2, 4, และ 5 ไม่สามารถ ประเมินในผู้ป่วยได้จะพิจารณาให้ แต่ละข้อได้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน วิธีการนี้ จะลดความตรงของแบบ ประเมินค่อนข้างมาก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบแบบประเมิน The Delirium Rating Scale, The Thai Delirium Rating Scale และ Thai Version Delirium Rating Scale

รายละเอียด	The Delirium Rating Scale	The Thai Delirium Rating Scale (ฉบับ 10 ข้อ)	The Thai Delirium Rating Scale (ฉบับ 6 ข้อ)	Thai Version Delirium Rating Scale
1. หัวข้อประเมิน	<ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ความผิดปกติต่อการรับรู้ ชนิดของอาการประสาทหลอน อาการหลงผิด พฤติกรรมเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา ขณะประเมิน โรคทางกาย ความผิดปกติของวงจรการหลับ-ตื่น ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ 	เหมือนกับ DRS	<ol style="list-style-type: none"> ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ พฤติกรรมเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาขณะประเมิน โรคทางกาย ความผิดปกติของวงจรการหลับ - ตื่น การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ 	เหมือนกับ DRS ยกเว้น ในหัวข้อที่ 2 ความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่ตัดประเด็น feeling of depersonalization or derealization ออกไป
2. ผู้ทำการประเมิน	จิตแพทย์	จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล	จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล	แพทย์
3. ค่าคะแนนแบบประเมิน	ค่าคะแนน 0 - 32	ค่าคะแนน 0 - 32	ค่าคะแนน 0 - 21	ค่าคะแนน 0 - 31
4. จุดตัดค่าคะแนน	10 คะแนนขึ้นไป	10 คะแนนขึ้นไป	10 คะแนนขึ้นไป	13 คะแนนขึ้นไป
5. ความไว	82 %	97 %	97.5 %	94.4 %
6. ค่าความจำเพาะ	94 %	91 %	97.8 %	95.2 %
7. positive predictive	-	91 %	97.5 %	85 %
8. negative predictive	-	98 %	97.8 %	98.3 %

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบแบบประเมิน The Delirium Rating Scale, The Thai Delirium Rating Scale และ Thai Version Delirium Rating Scale (ต่อ)

รายละเอียด	The Delirium Rating Scale	The Thai Delirium Rating Scale (ฉบับ 10 ข้อ)	The Thai Delirium Rating Scale (ฉบับ 6 ข้อ)	Thai Version Delirium Rating Scale
9. false positive case		2.4	2.2	
10. ความสอดคล้องภายใน โดย cronbach's alpha coefficients		0.8484	0.8997	0.83
11. intraclass correlation coefficient (ICC)	0.97	0.98		0.92
12. ค่าสหสัมพันธ์เทียบราย ข้อ		ข้อ 1 = 0.7761 ข้อ 5 = 0.7487 ข้อ 6 = 0.6451 ข้อ 7 = 0.7005 ข้อ 8 = 0.6899 ข้อ 10 = 0.7795	ข้อ 1 = 0.7920 ข้อ 5 = 0.7518 ข้อ 6 = 0.6796 ข้อ 7 = 0.7286 ข้อ 8 = 0.7329 ข้อ 10 = 0.7928	
13. ความสัมพันธ์ระหว่าง ผลรวมของคะแนน MMSE		- 0.377	- 0.681	

5.4 แนวทางในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

การประเมินภาวะสับสนฉับพลันมีการนำเกณฑ์การวินิจฉัยที่มีมาตรฐานที่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นได้มาใช้ร่วมกับการทำความเข้าใจในลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนฉับพลัน เป็นลักษณะสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน เพื่อที่จะสามารถแยกภาวะสับสนฉับพลัน ออกจากภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งมีแนวทางในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันตามลักษณะอาการทางคลินิก (ดังแสดงในตารางที่ 5) นอกจากนี้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน ยังจำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

5.4.1 การซักประวัติ

การซักประวัติเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันของผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ดูแล ครอบครัวหรือญาติที่ทราบข้อมูลของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงสภาพเดิมของการทำหน้าที่ของสมองและอาการทางสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ตั้งแต่ในระยะที่เริ่มมีอาการจนถึงช่วงเวลาอาการรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งสิ่งที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของภาวะสับสนฉับพลันขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ต้องประเมิน เช่น อายุของผู้สูงอายุ ระดับสติปัญญา รูปแบบของพฤติกรรมที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหว ความบกพร่องของระบบประสาทสำหรับความรู้สึก สถานที่อยู่อาศัยและการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนของปัญหาฉุกเฉินทางอายุรกรรมและจำนวนของยาที่ใช้ อยู่ในปัจจุบัน เป็นต้น (Clark & Halm, 2003; Moran & Dorevitch, 2001; Pitt, 1995; Kurlowicz, 2001; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545; นิตยาภาสุนันท์, 2545)

5.4.2 การตรวจร่างกายและการตรวจทางระบบประสาท

การตรวจร่างกายและการตรวจทางระบบประสาท เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะสับสนฉับพลัน เช่น การตรวจระดับความรู้สึกตัว ความจำ ความตั้งใจ การรับรู้ เป็นต้น ได้มีการนำแบบทดสอบสภาพจิตมาใช้ประโยชน์ ทั้งในการประเมินสภาพจิต ทำให้สามารถค้นหาผู้ที่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาได้ตั้งแต่ในระยะแรกและยังเป็นประโยชน์ในการติดตามประเมินอาการทางคลินิกและผลการรักษาต่อเนื่อง โดยแบบประเมินที่ได้มีการนำมาใช้คือ แบบประเมิน MMSE ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1975 โดย Fostein et al. (Robertsson, 2002) ซึ่งพัฒนาขึ้นมาช่วยในการประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยอัญชลี เตมียประดิษฐ์และคณะ (2533) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ที่ทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา 5 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล การบันทึกการจำ ความตั้งใจและการคำนวณ การรำลึกและภาษา คะแนนทั้งหมด 30 คะแนน ในการประเมินผลนั้น ได้กำหนดที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน ถือว่ามีการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา ซึ่งมีค่าความไว ร้อยละ

97.22 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 95.45 สามารถใช้เวลาในการประเมิน 5 – 10 นาที อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนฉับพลันและภาวะสมองเสื่อมออกจากกันได้ จึงต้องอาศัยเครื่องมืออื่นในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน

5.4.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันและเป็นการสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย โดยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรตรวจ ได้แก่ การตรวจส่วนประกอบของเลือด การตรวจอิเล็กโทรไลต์ต่าง ๆ ในเลือด การตรวจการทำงานของไต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจการทำงานของตับ การตรวจค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้การพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขึ้นอยู่กับพิจารณาว่าภาวะสับสนฉับพลันอาจเกิดจากสาเหตุอะไร นอกจากนี้อาจต้องตรวจเอกซเรย์ปอด การตรวจเพาะเชื้อ ในกรณีที่น่าสงสัยว่าเกิดจากการติดเชื้อ เป็นต้น (Inouye, 2004; Kurlowicz, 2001; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก)

ตารางที่ 5 การประเมินภาวะสับสนฉับพลันตามลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการ	การประเมิน	สิ่งที่พบเมื่อมีภาวะสับสนฉับพลัน
การตื่นตัว (alertness)	ระดับความรู้สึกตัว: การสังเกตพฤติกรรม - ตื่นตัว (ปกติ) - คอยระแวงระวัง (ตื่นตัวมาก) - เชื่องซึม (ง่วงซึม ง่ายต่อการปลุกตื่น) - ง่วงซึมมาก (ยากต่อการปลุกตื่น) - หหมดสติ (ไม่สามารถปลุกตื่น)	ความแปรปรวนของอาการตั้งแต่ง่วงซึ่มมากจนถึงตื่นตัวมาก
ความตั้งใจ (attention)	ความสามารถคงความตั้งใจหรือมีสมาธิ: พิจารณาจากการสนทนา การติดตามสังเกตพฤติกรรมหรือมีการทดสอบ โดยใช้ - การทดสอบการขานตัวเลขไปข้างหน้าหรือถอยหลัง - การทดสอบ “A” - การห้กลับตัวเลข - การสะกดคำถอยหลัง	การขาดความตั้งใจ อูกรบกวน หันเห ความสนใจได้ง่ายและอาจจะมี ความยากลำบากในการเปลี่ยนความสนใจจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation)	คำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล: พิจารณาจากการสนทนา การติดตามสังเกตพฤติกรรมหรือมีการทดสอบ	ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา และสถานที่ อาจจะไม่มีความบกพร่องในการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 5 การประเมินภาวะสับสนจับปล้นตามลักษณะอาการทางคลินิก (ต่อ)

ลักษณะอาการ	การประเมิน	สิ่งที่พบเมื่อมีภาวะสับสนจับปล้น
ความจำ (memory)	การถามคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน หรือเหตุการณ์ในอดีต การสังเกตติดตามวันต่อวัน	ไม่มีความสามารถในการระลึกถึง เหตุการณ์ในโรงพยาบาล ไม่สามารถ จดจำคำแนะนำ ลืมชื่อ เหตุการณ์ กิจกรรม ข่าวสารในปัจจุบัน เป็นต้น
ความคิด (thinking)	พิจารณาการสนทนา	ความคิดไม่เป็นระบบ: การพูดววน ออกนอกเรื่อง การพูดคุยไม่สัมพันธ์กัน: ความคิดไม่มีเหตุผล หรือไม่สามารถ ทำนายได้ การเปลี่ยนจากประเด็นหนึ่ง ไปอีกประเด็นหนึ่ง: มีความลำบากในการ แสดงความคิดเห็นและความสนใจ
การรับรู้ (perception)	การจดจำเกี่ยวกับบุคคลและสิ่งของได้	ความบกพร่องในการรับรู้ เช่น การเห็น ภาพหลอนและอาการประสาทหลอน และการรับรู้ที่ผิดไป เช่น การเรียกคน แปลกหน้าว่าเป็นชื่อของบุคคลที่รู้จัก
พฤติกรรมการ เคลื่อนไหว (psychomotor behavior)	การติดตามสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรม - การเคลื่อนที่ช้าหรือเร็ว - ไม่บ่อยครั้งหรือไม่เหมาะสม	ความแปรปรวน จากอาการเฉื่อยชาและ เคลื่อนที่ช้ามาก อาการกระสับกระส่าย ไม่นอนและกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ไม่บ่อยครั้งหรือไม่เหมาะสมต่อ สถานการณ์

(Foreman et al., 1999a)

5.5 การวินิจฉัยแยกโรค

จากการวินิจฉัยภาวะสับสนจับปล้นที่มีกวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บป่วยทางกาย เป็น
ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าหรือการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นผลให้ผู้ที่มิภาวะสับสนจับปล้น
ได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า นำมาซึ่งการสูญเสีย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่การวินิจฉัยจะต้องพิจารณาถึง
ลักษณะทางคลินิกของภาวะสับสนจับปล้นแยกออกจากภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า เพื่อให้
การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและสามารถให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมเมื่อเกิดภาวะสับสน
จับปล้น (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบลักษณะอาการทางคลินิกระหว่างภาวะสับสนจับพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า (depression)

ลักษณะทางคลินิก	ภาวะสับสนจับพลัน	ภาวะสมองเสื่อม	ภาวะซึมเศร้า
ระยะเริ่มมีอาการ (onset)	จับพลัน ทันทีทันใด ขึ้นอยู่กับสาเหตุ มักพบในช่วงเย็นหรือในเวลากลางคืน	มีอาการปรากฏอย่างเฉียบพลัน ชั่วและมักจำไม่ได้ ขึ้นอยู่กับสาเหตุ	เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิตสำคัญ มักเกิดทันทีทันใด แต่ค่อยเป็นค่อยไป
วิถีทาง (course)	ระยะสั้น ๆ อาการที่เกิดขึ้นในช่วงกลางวันไม่แน่นอน มักรุนแรงมากขึ้นในช่วงกลางคืน	ระยะเวลายาวนาน ไม่มีผลในช่วงกลางวัน ความรุนแรงของอาการยังคงไม่เปลี่ยนแปลง อาจเห็นได้เมื่อมีความเครียดเพิ่มขึ้น	มีผลในช่วงกลางวัน มีความรุนแรงในช่วงเวลากลางวัน สถานการณ์ไม่แน่นอน แต่น้อยกว่าภาวะสับสนจับพลัน
การดำเนินโรค (progression)	ทันทีทันใด	ช้า แต่ไม่สม่ำเสมอ	แปรปรวน รวดเร็วหรือช้า แต่สม่ำเสมอ
ระยะเวลา (duration)	เป็นชั่วโมงถึงน้อยกว่า 1 เดือน ไม่บ่อยนาน ๆ ครั้ง	เดือนถึงปี	น้อยกว่า 6 สัปดาห์ หรืออยู่ได้หลายเดือนถึงปี
ระดับความรู้สึกตัว (consciousness)	ลดลง	ปกติ	ปกติ
การตื่นตัว (alertness)	ไม่แน่นอน เชื่องซึม หรือตื่นตัวมาก	ปกติ	ปกติ
ความตั้งใจ (attention)	เสื่อมลง ไม่แน่นอน	ปกติ	เสื่อมลงเล็กน้อย แต่สามารถเบี่ยงเบนได้
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation)	เสื่อมลง ความรุนแรงขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่แน่นอน	ปกติ	เลือกที่จะไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
ความจำ (memory)	ความจำในเหตุการณ์ปัจจุบันเสื่อมลงทันที	ความจำในเหตุการณ์ปัจจุบันเสื่อมลง เป็นเวลานาน	ความจำไม่เปลี่ยนแปลง
ความคิด (thinking)	สับสนไม่เป็นระเบียบบิดเบือนจากความเป็นจริง การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดซ้ำหรือพูดเร็วขึ้น	มีความยากลำบากกับความ คิดที่เป็นนามธรรม มีความยากลำบากในการตัดสินใจ	ไม่เปลี่ยนแปลง แต่รู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสามารถในการช่วยตนเอง

(Foreman et al., 2003a)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบลักษณะอาการทางคลินิกระหว่างภาวะสับสนฉับพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า (depression)

ลักษณะทางคลินิก	ภาวะสับสนฉับพลัน	ภาวะสมองเสื่อม	ภาวะซึมเศร้า
การรับรู้ (perception)	บิดเบือนจากความเป็นจริง เห็นภาพหลอน หลงผิด และหูแว่ว มีความยากลำบากในการแยกแยะความจริง การรับรู้ผิดพลาด	ปกติ	ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการหลงผิดและหูแว่ว นอกจากมีสาเหตุที่รุนแรง
พฤติกรรมเคลื่อนไหว (psychomotor behavior)	แปรปรวน hypokinetic hyperkinetic และ mixed	ปกติ อาจจะมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนได้	แปรปรวน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวเชื่องช้าหรืออู้อวย
วงจรการหลับ - ตื่น (sleep - wake cycle)	ผิดปกติ วงจรกลับกัน	ไม่สมบูรณ์ (fragment)	ผิดปกติ
ลักษณะอาการที่สัมพันธ์กัน (associate feature)	การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ความรู้สึกหรืออารมณ์แปรปรวน อาการเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลางที่กระตุ้นมากเกินไป พุดเกินความจริง สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างฉับพลัน	ผลต่อการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่มั่นคง ขาดความพยายามในการเข้าใจเหตุผล	ผลต่อความเศร้า อารมณ์ที่เป็นทุกข์ พุดเกินความจริงและการแสดงความจริงไม่พอใจ มีจิตใจจดจ่ออยู่กับความคิดส่วนตัว การรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ วางแผน คำพูด ไม่พอใจร่างกาย สุขวิทยาไม่ดีและละเลยการดูแลตนเอง

(Foreman et al., 2003a)

จากตารางเปรียบเทียบลักษณะอาการทางคลินิกระหว่างภาวะสับสนฉับพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า (depression) โดยในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา เช่นเดียวกัน (Foreman, 1993 อ้างถึงใน Clark & Halm, 2003; Lipowski, 1980 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) โดยภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทันทีทันใด ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวันและมักจะรุนแรงมากขึ้นในช่วงเย็นหรือกลางคืน และผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันสามารถมีการรับรู้กลับคืนเป็นปกติเหมือนกับในระยะก่อนที่จะเกิดความ

ผิดปกติได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ส่วนในภาวะสมองเสื่อมจะพบว่า อาการที่เกิดขึ้น มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการดำเนินโรคช้า ใช้ระยะเวลายาวนานเป็นเดือนหรือปีและ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถมีการรับรู้กลับคืนเป็นปกติได้ (Foreman et al., 2003a; Clark & Halm, 2003; อรพินท์ สีขาว, 2546) อย่างไรก็ตามทั้งภาวะสับสนฉับพลันและภาวะสมองเสื่อมอาจเกิดขึ้นร่วมกันได้ มีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันมักจะมีโรคหรือ ความผิดปกติเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมและทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยแยกภาวะสับสนฉับพลันออกจากภาวะสับสนเรื้อรัง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การวินิจฉัยเกิดความผิดพลาดขึ้นได้

สำหรับภาวะสับสนฉับพลันและภาวะซึมเศร้านั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติ ที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การทำหน้าที่ของร่างกายและพฤติกรรม การแสดงออก การเคลื่อนไหวที่รวดเร็วและเชื่องช้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับการรู้สึกตัวที่เป็น ปกติ มีความรู้สึกที่สิ้นหวัง เสียใจหรือรู้สึกเศร้าเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ ที่ในชีวิตสำคัญ อาการมักจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดแต่ค่อยเป็นค่อยไป ส่วนในผู้ที่มีภาวะสับสน ฉับพลันบางรายอาจมีการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ (hypoactive) โดยมีการลดลงของการมี กิจกรรมการเคลื่อนไหว ซึ่งมักพบลักษณะดังกล่าวนี้ในผู้สูงอายุ เช่น อาการเชื่องซึม การพูดช้า การตื่นตัวลดลง และความไม่สนใจ เฉยเมย (Cole, 2004; Kurlowicz, 2001; Moran & Dorevitch, 2001) ทำให้การวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันเข้าใจผิดว่าเป็นอาการซึมเศร้า ดังนั้น ในการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสับสนฉับพลัน สามารถที่จะประเมินภาวะสับสน ฉับพลันที่เกิดขึ้นและแยกออกจากภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะสับสนฉับพลันส่วนใหญ่มักเกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาหรือป้องกันได้ หากได้รับการแก้ไขสาเหตุของอาการแล้วผู้สูงอายุสามารถมีการรับรู้กลับคืนเป็นปกติได้ แต่ถ้า ไม่ได้รับการแก้ไขอาจกลายเป็นภาวะสับสนเรื้อรังที่การรับรู้ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติ กลายเป็นภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ (อรพินท์ สีขาว, 2546) ดังนั้นการจัดการอาการในผู้ที่มี ภาวะสับสนฉับพลันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องเล็งเห็นความสำคัญและทำ ความเข้าใจ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา

6. การจัดการอาการภาวะสับสนฉับพลัน

การจัดการอาการของผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน มีความเกี่ยวข้องข้องกับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การค้นหาสาเหตุหรือปัจจัย เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน รวมทั้งแนวทางการจัดการอาการ ที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง (supportive) เพื่อลดหรือบรรเทาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน รวมทั้งการป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น (Moran & Dorevitch, 2001; Miller, 2004a) จากการทบทวนการศึกษาต่างๆ พบว่าในต่างประเทศมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันขึ้น ซึ่งมีแนวทางในการจัดการภาวะสับสนฉับพลันหลายประการตามสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้น (ดังแสดงในตารางที่ 7) โดยในการจัดการภาวะสับสนฉับพลัน มีหลักการที่สำคัญร่วมกัน คือ 1) การจัดการอาการตามสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลัน 2) การดูแลรักษาทั่วไปและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 4) การจัดการอาการโดยการใช้จ่ายยา (Foreman et al., 1999a; Foreman et al., 1999b; Foreman et al., 2003b; Johnson, 2001; Rapp, 2001; Miller, 2004a; Moran & Dorevitch, 2001; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545; อรพินธ์ สีขาว, 2546; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก; นิตยา ภาสุนันท์, 2545; พชรินทร์ วณิชานนท์ & วิจารย์ วิชัยยะ, 2535) มีรายละเอียดดังนี้

6.1 การจัดการอาการตามสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลัน

ในการจัดการตามสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลัน อาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุหลายประการ เนื่องจากภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุเกิดได้จากสาเหตุและปัจจัยร่วมกันหลายประการ เช่น การจัดการกับภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะขาดสารอาหารและน้ำ ภาวะช็อค ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติได้ นอกจากนี้อาจเกิดจากยาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง ซึ่งหากพบว่ามียาใดที่ไม่จำเป็นหรือ สงสัยว่าเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ควรมีการตรวจสอบและปรึกษากับผู้ให้การรักษา รวมทั้งการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เพื่อดูแลให้อยู่ในภาวะที่สมดุล (Foreman et al., 1999a; Foreman et al., 1999b; Foreman et al., 2003b; Twedell, 2005; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) นอกจากนี้ภาวะสับสนฉับพลันจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุแล้ว ภาวะนี้ยังเป็นอาการนำและอาการและอาการแสดงทั่วไปของโรคที่มีสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น ภาวะปอดบวม ภาวะหัวใจวาย จึงจำเป็นต้องแก้ไขและควบคุมโรคต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การให้สารน้ำทดแทน ไม่ควรให้ปริมาณมากและเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายและกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ (นิตยา ภาสุนันท์, 2545; อรพินธ์ สีขาว, 2546)

6.2 การดูแลรักษาทั่วไปและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การดูแลรักษาทั่วไป ประกอบด้วย การจัดการในเรื่องโภชนาการ การได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทั้งการดูแลให้ได้รับทางปากหรือต้องช่วยให้ได้รับทางสายยางหรือการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ที่รบกวนในการพักผ่อน จัดช่วงเวลาการทำกิจกรรมให้เหมาะสม การดูแลบรรเทาอาการต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของความไม่สุขสบาย เช่น การบรรเทา

อาการเจ็บปวดต่างๆ เพื่อลดสิ่งที่รบกวนการพักผ่อน (อรพินธ์ สีขาว, 2546) การส่งเสริมการทำกิจกรรมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามความสามารถ เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ของสมอง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะสับสนฉับพลัน เช่น การป้องกันภาวะปอดบวม ภาวะโภชนาการ การดูแลสมดุสน้ำและเกลือแร่ การใส่สายต่างๆ เข้าไปในร่างกาย ซึ่งต้องตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการติดเชื้อด้วย (Moran & Dorevitch, 2001) การดูแลสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น สิ่งของมีคม เป็นต้น และการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ที่นอนเตียงนาน เนื่องจากไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว รวมทั้งในผู้ที่มีการเคลื่อนไหวมาก ควรหลีกเลี่ยงให้อยู่ห้องแยก และการผูกยึด ควรพิจารณาเลือกเป็นวิธีสุดท้าย หากมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องผูกยึด ให้เลือกใช้เครื่องผูกยึดที่จำกัดอิสระน้อยที่สุดและควรคลายเครื่องผูกยึดทุก ๆ 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งตรวจสอบสภาพผิวหนังบริเวณที่ผูกยึดและข้อต่อต่างๆ ให้ได้มีการเคลื่อนไหวด้วยและควรประเมินระดับการรู้สึกตัวและการรับรู้ของผู้สูงอายุตลอดเวลา เพื่อปลดเครื่องผูกยึดออกให้เร็วที่สุด (นิตยา ภาสุนันท์, 2545)

6.3 การจัดการสิ่งแวดล้อม

การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมการรับรู้สิ่งแวดล้อม โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ลดสิ่งรบกวน เสียงสงบ มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ การจัดเตรียมผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดมาร่วมให้การดูแลและการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีประโยชน์ต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก เช่น การสวมแว่นหรือการใช้เครื่องช่วยการได้ยินและมีแสงสว่างในช่วงกลางคืนอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดการรับรู้ที่ผิดปกติไป การจัดให้มีเครื่องกระตุ้นเตือนความจำและการรับรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับความเป็นจริง เช่น จัดให้มีนาฬิกา ปฏิทิน รูปภาพที่สามารถมองเห็นได้ง่าย อาจมีโทรทัศน์ วิทยุ ให้ได้รับฟังข่าวสาร ในการให้การพยาบาล พยาบาลควรใช้สรรพนามเรียกผู้สูงอายุ เช่น คุณตา (ชื่อ) และแนะนำตนเองทุกครั้ง เพื่อชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบว่า ตนเองเป็นใคร ขณะนี้เป็นวัน เวลาอะไรและอยู่ที่ไหน (Moran & Dorevitch, 2001; Johnson, 2001; Rapp, 2001; Miller, 2004a; Twedell, 2005) รวมถึงการให้คำอธิบายแก่ผู้สูงอายุให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการกระทำใด ๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจผิดหรือแปลความหมายของกระตานั้นในทางมุ่งร้ายและการให้คำอธิบายใด ๆ แก่ผู้สูงอายุควรอธิบายทีละเรื่องอย่างช้า ๆ ใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุจะต้องให้เกียรติ ในฐานะที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลคนหนึ่ง ไม่ควรล้อเลียนหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเหมือนเป็นเด็ก ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดเพิ่มขึ้น บุคลากรที่ให้การดูแลไม่ควรเปลี่ยนหน้ากันบ่อย ๆ เพราะยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสับสนมากขึ้น (อรพินธ์ สีขาว, 2546) นอกจากนี้ควรจะต้องดูแลเรื่องความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุ หกล้มหรืออุบัติเหตุอื่นๆ ได้ง่าย เช่น การปิดประตูทางเข้าออก โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน การดูแลยกไม้กั้นเตียง บริเวณทางเดินมีราวเกาะพื้นไม้ลื่นและมีแสงสว่างอย่างเพียงพอ รวมทั้ง

การส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและความสับสนที่เกิดขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2545)

6.4 การจัดการอาการโดยการให้ยา

การพิจารณาให้การรักษาด้วยการใช้ยามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากยาหลายชนิดมีโอกาที่จะก่อให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นได้ ดังนั้นในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน การรักษาที่ได้รับจึงเป็นการรักษาตามอาการโดยเฉพาะการควบคุมอาการวุ่นวายหรือก้าวร้าวที่อาจเป็นอันตรายต่อทั้งตัวผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันเองและผู้อื่น การใช้ยาในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันเหล่านี้อาจมีความจำเป็น ซึ่งยาตัวแรก que เลือกใช้ในการจัดการภาวะสับสนฉับพลัน คือ haloperidol ซึ่งเป็นยาต้านโรคจิต กลุ่มออกฤทธิ์สูงในขนาดต่ำ (high potency, low dose) ทำให้ผู้ที่รับยาไม่มีอาการง่วงซึมมาก เนื่องจากยามีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก และไม่ก่อให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ขนาดยาที่ให้ 1.5 – 2 มิลลิกรัมทางปากหรือกลัมน้ำ ส่วนในรายที่มีอาการมาก อาจให้ในขนาด 5 มิลลิกรัมทางเส้นเลือดหรือกลัมน้ำ และภายหลังการให้ยาจะต้องติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง หากพบว่ายังคงมีอาการก็สามารให้ยาเพิ่มได้ แต่ควรเว้นระยะห่างการให้ยาในแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 30 นาที และสามารถให้ยาได้จนกว่าจะควบคุมอาการได้ (Cole, 2004; Twedell, 2005; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544ก) สำหรับผู้สูงอายุไม่ควรใช้ยาเกินวันละ 3 – 5 มิลลิกรัมและติดต่อกันนานเกิน 1 สัปดาห์ ในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันที่มีสาเหตุจากการขาดยา benzodiazepine หรือหยุดดื่มสุราระกะทันหัน (delirium tremens) ควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam หรือ lorazepam โดยให้ยาทุก 6 ชั่วโมงจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการได้ (Cole, 2004; อาคม อารยาวิชานนท์, 2545)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนฉับพลันตามสาเหตุการเกิด

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
การใช้ยา (medication) anticholinergic: (thioridazine, amitriptyline neuroleptics, tricyclic antidepressants, atropine theophylline, diphenhydramine histamine – 2 blocking agents: (cimetidine, ranitidine)	มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับชนิด ของยา การมีปฏิกิริยาต่อกันของยา ปัญหาสุขภาพและภาวะสุขภาพของ บุคคล	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลที่ต้องการและผลที่ไม่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีปฏิกิริยาต่อกันของยา เมื่อมีอาการใหม่เกิดขึ้นให้คิดถึงว่าเป็นผลจากยา - ใช้ยาที่จำเป็นและใช้ในขนาดต่ำที่สุด - บรรเทาอาการปวด โดยการให้ยาลดปวดและใช้วิธีการลดปวดที่เหมาะสมและเพียงพอ

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนนับปล้นตามสาเหตุการเกิด (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
<p>การใช้ยา (medication) (ต่อ)</p> <p>analgesics: (meperidine, non – steroidal anti-inflammatory agents)</p> <p>sedative – hypnotics: (halcion, benzodiazepine)</p> <p>cardiovascular drugs: (nifedipine, quinidine)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - ปรีक्षा รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
<p>การติดเชื้อ (infection) ที่มักพบ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบทางเดินปัสสาวะ - ระบบทางเดินหายใจ <p>ที่มักมองข้าม:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปาก - เท้า 	<p>ระบบทางเดินปัสสาวะ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัสสาวะลำบาก - ถ่ายปัสสาวะบ่อย - ปวดปัสสาวะทันทีทันใด - ถ่ายปัสสาวะมากตอนกลางคืน - กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ - เบื่ออาหาร - ผลตรวจเพาะเชื้ออาจเป็นลบ - การตรวจพบโปรตีน/เลือด <p>ระบบหายใจ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการไอแห้ง ๆ มีเสมหะหรือไม่มีเสมหะ - อาการเขียวเล็กน้อย - เบื่ออาหาร - คลื่นไส้/อาเจียน - ชีพจรเต้นเร็ว - ไข้ หนาวสั่นและอาจไม่พบการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาว - ผลตรวจเพาะเชื้ออาจเป็นลบ - เสียงหายใจ: wheezes, crackles, gurgles - ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุ/แหล่งของการติดเชื้อ - ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตร/วัน ยกเว้นมีข้อห้าม - การลดไข้ ด้วยความเย็น - ติดตามการมีอุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว อาการชัก และฟังเสียงปอดทุก ๆ 2 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น - บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก - ให้การบำบัดอาการโดยหายใจด้วยอากาศที่มีความชื้นเพียงพอ การไออย่างมีประสิทธิภาพและการหายใจอย่างลึก ดูแลความสะอาดของช่องปากและเคาะปอดขจัดเสมหะ - ปรีक्षा รายงานและส่งต่อ

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนฉับพลันตามสาเหตุการเกิด (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
อาการขาดน้ำ (dehydration)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า - ชีพจรเต้นเร็ว - อุณหภูมิกายสูง - อ่อนเพลีย - คลื่นไส้ - เบื่ออาหาร - ปัสสาวะออกน้อย - ผิวแห้ง ปากแห้ง - ความตึงตัวของผิวหนังผิดปกติ - กระหายน้ำมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุของการขาดน้ำ เช่น การดื่มน้ำลดลงหรือการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้น - ตรวจสอบการใช้ยา ที่อาจเป็นสาเหตุของการเสียน้ำมากขึ้น เช่น ยาขับปัสสาวะ - ตรวจสอบความสามารถในการกลืนหรือปัจจัยที่ขัดขวางการได้รับน้ำ - ประเมิน รายงานและส่งต่อ - เตรียมการให้สารน้ำทดแทนและค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและร่วมมือในการบำบัด - เฝ้าระวังและติดตามอาการขาดน้ำทุก 2 - 6 ชั่วโมง - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
ภาวะโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia) (< 3.5 mEq/L)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว - อ่อนเพลีย - ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม - อาการท้องผูก - อ่อนล้า - เหนื่อยชา เชื่องซึม - หัวใจเต้นเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุของภาวะโปแตสเซียมต่ำ เช่น รับประทานได้น้อยหรือการยาที่มีผลขับโปแตสเซียมออกจากร่างกาย - ประเมิน รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
ภาวะโซเดียมสูง (hypernatremia) (> 146 mEq/L)	<ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักลด - ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า - กระหายน้ำมาก - ความตึงตัวของผิวหนังผิดปกติ ผิวแห้ง ปากแห้ง - ปัสสาวะออกน้อย - เหนื่อยชา เชื่องซึม 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุของโซเดียมสูง เช่น การสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้น (ใช้ ติดเชื้อ อาเจียน ท้องเสีย) การได้รับน้ำลดลงหรือการได้รับโซเดียมเพิ่มขึ้น - ให้สารน้ำทดแทน - จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลพลังงาน

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนฉับพลันตามสาเหตุการเกิด (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
ภาวะโซเดียมสูง (hypernatremia) (> 146 mEq/L) (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - อุนทภูมิกายสูง - ค่า Hct BUN Cr ในเลือดสูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึการวางและติดตามอาการทุก 2 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น - ปรึกษา รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
ภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia) (< 136 mEq/L)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตต่ำ - ซีฟจรเต้นเร็ว - อุนทภูมิกายสูง - คลื่นไส้ - อ่อนแรง เชื่องซึม - ง่วงซึม - ความตึงตัวของผิวหนังผิดปกติ - การลดลงของโซเดียมในเลือด - กระหายน้ำมาก - ค่า Hct BUN Cr และโปรตีนในเลือดสูงขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุของโซเดียมต่ำ เช่น การได้รับโซเดียมไม่เพียงพอ ความผิดปกติของไต การจำกัดน้ำ การได้รับยาขับปัสสาวะมากเกินไป - ให้สารน้ำทดแทน - จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลพลังงาน - ฝึการวางและติดตามอาการทุก 2 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น - ปรึกษา รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย
ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia)	<ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตสูง - ซีฟจรเต้นเร็ว - หายใจเร็ว - เชี่ยวตามปลายมือปลายเท้า - กระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง - การหายใจลึก หอบ - ค่าความดันออกซิเจนในเลือดลดลง - ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอย่างมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ค้นหาสาเหตุของภาวะขาดออกซิเจน เช่น การติดเชื้อ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ - จัดทำที่เหมาะสม เพื่อช่วยระบายอากาศ เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง - จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลพลังงาน - ติดตามระดับออกซิเจนในเลือด - ติดตามอาการทุก ๆ 2 ชั่วโมงหรือตามความจำเป็น - ให้ออกซิเจนทดแทน - ปรึกษา รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนฉับพลันตามสาเหตุการเกิด (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
<p>การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (environment challenge)</p>	<p>มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการไม่ยอมรับสิ่งแวดล้อม เช่น มีการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกมากเกินไปหรือมีการสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายการพยาบาลการตรวจวินิจฉัย กิจกรรมการบำบัดที่กระทำต่อผู้สูงอายุ - การจัดทำที่เหมาะสม เช่น การจัดทำนอนศีรษะสูงหรือเท่าที่สามารถทำได้ - ลดการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อย่างกะทันหัน กรณีมีการย้ายให้อธิบายและจัดหาผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพหรือสมาชิกครอบครัวมาอยู่เป็นเพื่อน - จัดเตรียมสิ่งที่กระตุ้นการรับรู้: นาฬิกา ปฏิทิน วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือสิ่งของที่ใช้ประจำ - ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว - ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง - จำกัดจำนวนของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลกับผู้ป่วย - จัดให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอและลดสิ่งรบกวน - กำจัดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือที่ไม่คุ้นเคย สิ่งเสียงรบกวน และปิดโทรทัศน์เมื่อต้องการ - การจัดช่วงระยะเวลาในการพักผ่อน และการมีกิจกรรมอย่างเหมาะสม - มีการสื่อสารที่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย - ปรีกษา รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย

(Foreman et al., 1999a)

ตารางที่ 7 แนวทางในการจัดการภาวะสับสนนับพลันตามสาเหตุการเกิด (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ	สิ่งที่ตรวจพบ	การพยาบาล
<p>การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึก (sensory impairment)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ผิดปกติ ทั้งการมองเห็นและการได้ยิน เช่น อาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสิ่งของและบุคคล - การได้ยินลดลง - การมองเห็นลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งกระตุ้นรอบตัวอย่างถูกต้อง โดยให้ใช้อุปกรณ์ที่เคยใช้เป็นประจำและตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยฟัง - จัดสิ่งที่เป็นเบี่ยงเบนหรือที่รบกวนความสนใจ (การได้ยินและมองเห็น) - พูดชัดเจนและช้า ๆ ห้ามตะโกน พูดย้ำประเด็นที่สำคัญ - พูดทางด้านหูที่ได้ยินชัดเจน - พูดกับผู้สูงอายุโดยให้เห็นหน้า และให้สามารถอ่านริมฝีปากได้ เพื่อช่วยให้สามารถเข้าใจได้ง่าย - อุปกรณ์การเขียน ต้องใช้ตัวพิมพ์ สีสว่าง ขนาดใหญ่ พื้นหลังเข้ม จัดให้อ่านตรงหน้า มีแสงสว่างที่เหมาะสมและไม่ส่องโดยตรงที่อุปกรณ์ เพื่อลดการสะท้อนของแสง - ปรีกษา รายงานและส่งต่อ - บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและการตอบสนองของผู้ป่วย

(Foreman et al., 1999a)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะสับสนฉับพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

Villalpando – Berumen et al. (2003) ศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและผลของการคงอยู่ของอาการในผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเมืองเม็กซิโก เป็นการศึกษาแบบ case – control กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในแผนกทั่วไปและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนฉับพลันตั้งแต่มาเข้ารับการรักษาและสามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูดได้ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยแบบประเมิน The Confusion Assessment Method (CAM) เพื่อประเมินภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ มีค่าความไว ร้อยละ 94 – 100 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 90 – 95 ค่าผลลบลง (negative predictive) ร้อยละ 90 – 100 และแบบประเมิน The Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) นำมาใช้วิเคราะห์แผนการรักษา เพื่อพิจารณาการเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป แผนกที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัย จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในขณะที่เข้ารับรักษา ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่บันทึกประกอบด้วย แผนการรักษา การใส่สายสวน ปัสสาวะ การจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ พยาบาลและสมาชิกในครอบครัว เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยติดตามสัมภาษณ์ทุกวันจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลจะเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 667 คน อายุเฉลี่ย 75.8 ปี มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ร้อยละ 12 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันอยู่ในแผนกศัลยกรรม ร้อยละ 50 ในแผนกทั่วไป ร้อยละ 77.3 และในแผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 22.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและมีการเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกันหลายโรค โดยกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคต่อมลูกหมากโต โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคลำไส้อุดตันและโรคข้ออักเสบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน ลักษณะอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันพบว่า มีการมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 30.3 ค่าฮีมาโตคริตมากกว่า 30 % ร้อยละ 23.2 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 มก. เเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 53 ปัจจัยกระตุ้นคือ มีสาเหตุ 2 หรือมากกว่า ร้อยละ 50 ความปวด ร้อยละ 10 ภายหลังการผ่าตัด ร้อยละ 7.5 การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.2 ภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 5 ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ร้อยละ 2.5 โรคสมอง

ร้อยละ 2.5 และการใช้อัลกอฮอล์ ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับและการใช้ยาจำนวนมาก ร้อยละ 1.2

Duppils (2003) ศึกษาอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดงเริ่มแรกและประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศสวีเดน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 แห่ง ในระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ มีการติดตามสังเกตการณ์ทุกวัน การทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาโดยใช้แบบประเมิน The Mini - Mental State Examination (MMSE) แบบสอบถามภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต (Health - Related Quality of Life: HRQOL) และการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ในการประเมินภาวะสับสนฉับพลันเป็นการประเมินที่สอดคล้องกับตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - IV

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวน 225 คน พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้ที่ผ่าตัดการผ่าตัดข้อสะโพกหัก ร้อยละ 24.3 และในผู้ที่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ร้อยละ 11.7 และปัจจัยทำนายเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันประกอบด้วย การเสื่อมของการได้ยิน การอยู่นิ่ง (passivity) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาต่ำและในผู้ที่รอการผ่าตัดข้อสะโพกหักนานเกิน 18 ชั่วโมง ภาวะสับสนฉับพลันมีความสัมพันธ์กับการผ่าตัดข้อสะโพก โดยทำให้ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาลดลง เมื่อติดตามอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันในช่วงระยะเวลา 6 เดือนต่อมา ผู้สูงอายุได้อธิบายประสบการณ์ของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริงอย่างฉับพลัน

Rose et al. (1998) ศึกษาอุบัติการณ์และการทำนายภาวะสับสนฉับพลันก่อนการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนอร์เธอดัม จำนวน 296 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติทางด้านร่างกายและทางจิต การรักษา ประวัติการใช้ยาและเครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยแบบประเมิน The Mini - Mental State Examination (MMSE) เพื่อสำรวจการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา แบบประเมิน The General Health Questionnaire (GHQ - 30) เพื่อค้นหาความผิดปกติทางจิต แบบประเมิน The Munich Alcoholism Test (MALT) ประเมินการใช้แอลกอฮอล์มากเกินไป และแบบประเมิน The Daily Activity List (DAL) เพื่อประเมินสภาพร่างกายในวันแรกก่อนการผ่าตัด และสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยโดยแบบประเมิน The Profile of Mood State (POMS) และติดตามการตรวจสอบสภาวะทางด้านจิตใจภายหลังการผ่าตัดและการทบทวนเพิ่มประวัติ ในช่วงวันที่ 2 - 5 เพื่อประเมินสิ่งที่อาจแสดงให้เห็นเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - III - R

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 296 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 และ เพศหญิง ร้อยละ 35 มีอายุระหว่าง 26 – 83 ปี เฉลี่ย 63 ปี มีอุบัติการณ์ของภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ร้อยละ 13.5 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น เป็นผู้ที่มียุ่่นน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 0 และผู้ที่มียุ่่นมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 20 สิ่งที่ทำนายการเกิดภาวะสับสนฉับพลันประกอบด้วย อายุมาก ระดับอัลบูมินที่ต่ำ สภาพร่างกายไม่ดี การใช้ยา nifedipine และอัตราส่วนของ amino acids phenylalanine ซึ่งสภาพร่างกายไม่ดีและ amino acids ที่ผิดปกติอาจจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันภายหลังการผ่าตัดหัวใจในผู้สูงอายุ

George et al. (1997) ได้ศึกษาสาเหตุและการทำนายการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปของสหราชอาณาจักร เป็นการศึกษาแบบ case – controlled prospective study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยมีอาการสับสน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ The American Psychiatric Association’s Diagnosis และ Statistical Manual III ซึ่งมีการติดตามอาการตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อหาสาเหตุของภาวะสับสนฉับพลันและการประเมินการเสื่อมของการมองเห็นและการได้ยิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจและติดตามอาการของผู้สูงอายุทุกสัปดาห์โดยผู้วิจัยและการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะสับสนฉับพลันและติดตามประเมินอีกครั้งในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกันและเข้ารับการรักษาในแผนกเดียวกัน แต่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 261 คน เป็นกลุ่มควบคุม 95 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 68 – 92 ปี เฉลี่ย 80 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลัน 171 คน มีอายุระหว่าง 65 – 98 ปี เฉลี่ย 81 ปี สาเหตุของภาวะสับสนฉับพลันเกิดจากการติดเชื้อ ร้อยละ 34 แต่ร้อยละ 25 มีสาเหตุร่วมกันหลายประการ การเสื่อมของการมองเห็นและการได้ยินมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลัน ภายหลังจาก 1 ปีผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตและการเข้าอยู่รักษาในสถานพยาบาล และการเพิ่มขึ้นของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ภายในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 82 และ เสียชีวิตภายในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 81 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 61 และ มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระหว่าง 6 และ 12 เดือนร้อยละ 39

Feldman et al. (1999) ได้ศึกษาลักษณะที่ทำนาย ลักษณะเฉพาะและผลของภาวะสับสนฉับพลันในแผนก acute geriatric unit ในโรงพยาบาลทั่วไปในอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 6 เดือนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยแบบประเมิน The Confusional Assessment Method (CAM) และแบบประเมิน The Delirium Rating Scale (DRS) และร่วมกับการระบุ โดยใช้

ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุใช้แบบประเมิน The Mini – Mental State Examination (MMSE) มาใช้ประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาและการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ทั้งขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมิน The Katz activities of daily living (ADL) การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานที่อยู่ การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา ก่อนหน้านี้และประวัติ การเจ็บป่วยในอดีต จากการสัมภาษณ์ครอบครัว ผู้ดูแลและบันทึกรายงานทางการแพทย์ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือที่ใช้การประเมินภาวะโภชนาการ โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการบันทึกน้ำหนักของผู้สูงอายุในระยะเวลา 6 เดือนของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล การบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น คือ อุบัติเหตุหกล้มแผลกดทับ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 61 คน มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น 11 คน ร้อยละ 18 มีอายุเฉลี่ย 83.2 ± 6.8 ปี กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีการใช้ยา จำนวนมาก (4.5 ± 8.1) มีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน (18.2 ± 6.2) และมีโรคที่เกิดขึ้นร่วมกันหลายโรค (4.0 ± 1.2) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลันที่มีจำนวนการใช้ยา (3.0 ± 2.3) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล (7.3 ± 5.2) และโรคที่เกิดขึ้น (2.5 ± 1.3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 27.3 ภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีภาวะสับสนฉับพลันค่าอัลบูมินจะต่ำกว่า (3.1 ± 0.5) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มี (3.7 ± 0.6) และในระยะเวลา 6 เดือนที่อยู่โรงพยาบาล กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลัน มีน้ำหนักลดลง (8.5 ± 6.3) มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน (4.9 ± 5.2) ส่วนค่าอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

บุษรา เอี้ยวสกุล (Oearsakul, 2000; บุษรา เอี้ยวสกุลและคณะ, 2545) ได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุภายหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตั้งแต่เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2542 โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ภายใน 24 ชั่วโมง และไม่มีภาวะสับสนฉับพลันเมื่อเข้ารับการรักษา เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล อาการแสดง ปัญหาที่พบจากโรคที่เป็นอยู่เดิมและการใช้อัลกอฮอล์ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลและแพทย์ประวัติ แบบประเมินภาวะสับสน The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) ที่พัฒนาโดยสมบัติ ศาสตราจารย์รุ่งภักดิ์ที่แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย มีทั้งหมด 10 ข้อและมีค่าคะแนน 0 – 32 โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนฉับพลันเมื่อมีค่าคะแนน 10 คะแนนขึ้นไป โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล พยาบาลผู้ให้การดูแล และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ระหว่างใน 24 ชั่วโมงต่อวัน

และสังเกตการณ์ระหว่างการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการบันทึกการใช้ยาโดยแพทย์สั่งให้การรักษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 254 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.1 และเพศหญิง ร้อยละ 46.9 มีอายุระหว่าง 60 – 94 ปี มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ร้อยละ 6.3 ภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นในวันที่ 2 – 6 ภายหลังจากเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่มีอาการสับสน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.5 ลักษณะอาการของภาวะสับสนฉับพลัน ประกอบด้วยพฤติกรรม การเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ (hyperactive) ร้อยละ 62.5 และพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ (hypoactive) ร้อยละ 31.3 ข้อมูลทั่วไปไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันมีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและมีอัตราเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนฉับพลัน การใช้ยาจำนวนมากส่งผลให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มยาต้านโคลิเนอร์จิกและยาปฏิชีวนะ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะสับสนฉับพลันเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยและมีอุบัติการณ์ของการเกิดสูงในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะสับสนฉับพลันร่วมกันหลายประการ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเพิ่มขึ้นของระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลและทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นด้วย ในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ทั้งการศึกษาในเรื่องความชุกและอุบัติการณ์ในการเกิด ภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินและการจัดการภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้น เป็นต้น ในส่วนของประเทศไทยผู้วิจัยพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันนี้ ยังมีค่อนข้างน้อย ทั้งที่ภาวะสับสนฉับพลันพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพ จะต้องทำความเข้าใจ ตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน สามารถพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการประเมินภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว สามารถป้องกันและจัดการแก้ไขสาเหตุ เพื่อลดผลกระทบจากภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้นได้