

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

.....
นางบุษยา เลียบทวี

ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ อารีเอื้อ,
Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ. บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,
พย. ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ได้รับการพิจารณาอนุมัติตามหลักสูตรให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2552

.....
นางบุษยา เลียบทวี

ผู้ศึกษา

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,
ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิณี วิวัฒน์วานิช,

ปร. ค. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ อารีเอื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ, พ. บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน, พ. บ.

คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์เรื่องรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ ที่ปรึกษาร่วม และผู้ศึกษาขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้สารนิพนธ์มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำสารนิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาเสมอมา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ได้กล่าวนามมาแล้วไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกคนที่ร่วมเรียนและให้กำลังใจกันและมีน้ำใจตลอดจนร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ศึกษาเสมอมา

ขอบคุณบิดามารดา ที่มอบความเพียรพยายามให้เป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตและสุดท้ายขอบคุณสมาชิกครอบครัวเลียบทวีที่ให้กำลังใจเสมอมาผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ผู้ศึกษาขอบแต่ครอบครัว คณาจารย์ทุกท่านที่ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บุษยา เลียบทวี

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

บุษยา เลียบทวี 4837030 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประคอง อินทรสมบัติ, คม.(การบริหารการพยาบาล)

สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันและองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและจัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997-2006 จำนวน 14 เรื่องเป็นงานวิจัย Randomized controlled trial (ระดับ A) จำนวน 6 เรื่องงานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่ได้ทำการสุ่ม (ระดับ B) จำนวน 5 เรื่องและบทความทางวิชาการจากคณะผู้เชี่ยวชาญ (ระดับ D) จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดกลุ่มได้ 3 รูปแบบได้แก่ 1) การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป 2) การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และ 3) รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่ารูปแบบการป้องกันมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นรูปแบบที่ มุ่งป้องกันและจัดการกับปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้แก่นุคลากร การปฏิบัติงานเป็นทีม สหสาขาวิชา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้มีการให้คำปรึกษาระหว่างสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะระหว่างสัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลที่ปรึกษาภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลา และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระดูกสะโพก และผู้ป่วยหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรนำรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวไปพัฒนาเป็นแนวการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

THE MODEL OF PREVENTION AND MANAGEMENT OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

BUDSYA LIAPTHAWEE 4837030 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.(Nursing Administration), SUPARB AREE-UE, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze and synthesize knowledge from research studies and academic papers concerning the prevention and management of delirium in hospitalized older patients. A total of 14 pieces of literature published from 1997 to 2006 were studied. Six of them were Randomized Controlled Trial (A level) studies; five were Non-Randomized Controlled Trial (B level); and three were academic articles written by experts (D level). The results were classified into 3 categories: a delirium prevention and management model in general medical older patients; a delirium prevention and management model in older patients after hip surgery; and a delirium prevention and management model in older patients with post-acute care. These models of care focused on the prevention and management of risk factors for delirium by promoting knowledge related to delirium to staff members, initiating multidisciplinary care teams, and advocating for family participation in patient care.

The results suggested that the prevention of risk factors education program, collaboration between multidisciplinary teams and reviewed model of care related to the prevention and management of delirium in hospitalized older patients is a useful means for decreasing the incidences, duration, and severity of delirium in general medical older patients older patients after hip surgery and those undergoing post acute care. This information could be programs for delirium of management could be beneficial for the further. It could also be incorporated in a nursing practice guideline.

KEY WORDS: ACUTE CONFUSIONAL STATE (DELIRIUM)/ HOSPITALIZED ELDERLY

107 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	6
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
1.4 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 ความหมายและชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลัน	7
2.2 การวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน	8
2.3 พยาธิสรีรภาพของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	10
2.4 อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ	11
2.5 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ	11
2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน	12
2.7 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	
3.1 สืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูล	17
3.2 การคัดเลือกข้อมูล	17
3.3 วิเคราะห์งานวิจัย	18
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย	44
4.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษา	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ในโรงพยาบาล	
4.3 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทาง อายุรกรรมทั่วไป	45
รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก	51
รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากผ่าน ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหลังภาวะวิกฤติ	54
ตารางสรุปโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการจัดการ ปัจจัยหลายด้าน	56
บทที่ 5 อภิปรายผล	
5.1 คุณภาพและความเพียงพอของหลักฐานงานวิจัย	59
5.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษา ในโรงพยาบาล	60
5.3 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	61
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	
6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	64
6.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	65
6.3 ข้อจำกัดของการศึกษา	65
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	86
รายการอ้างอิง	101
ประวัติผู้วิจัย	107

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า	9
2. แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลต่างๆและจำนวนเรื่องที่คัดเลือกไว้	18
3. แสดงผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ	19
4. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ	23
5. รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน	31
6. สรุปโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการจัดการปัจจัยหลายด้าน	56

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยการเติบโตของจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราสูงขึ้นเนื่องจากการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันและรักษาโรคทำให้อัตราการตายลดลงและมนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ข้อมูลด้านประชากรพบว่าสังคมไทยเปลี่ยนสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ในปีพ.ศ.2533ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 7 ของพลเมืองในประเทศและในปีพ.ศ.2542 ประชากรทั้งหมดประมาณ 62 ล้านคนมีประชากรสูงอายुर้อยละ 8.4 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.2 และ 12.5 ในปีพ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2553 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545) จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มใหญ่ดังจะเห็นได้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 44 (Munoz et al., 1984) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายুর่วมกับการเจ็บป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคทำให้ลักษณะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลุ่มอาการของผู้ป่วยสูงอายุ (geriatric syndrome) ได้ง่ายโดยเฉพาะภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state หรือ delirium)

ภาวะสับสนเฉียบพลันมีลักษณะสำคัญคือ มีความผิดปกติของสมองที่พบได้บ่อยในผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรงและมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา นิยามและพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้คือมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อม ได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่นการสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงแต่ละวัน มีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย การได้รับสารพิษการใช้ยาหรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน (American

Psychiatric Association, 2000) ภาวะสับสนเฉียบพลันถือว่าเป็นกลุ่มอาการทางสมองที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมีความผิดปกติของหน้าที่สมองหลายด้านซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของร่างกาย อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบมากในผู้สูงอายุแต่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยในแผนกที่เข้ารับการรักษาและความไวของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งเป็นอาการนำของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบได้ร้อยละ 14-24 (Agostini et al., 2003) ส่วนอุบัติการณ์ที่เกิดในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบร้อยละ 6 - 56 (Inouye et al., 1998) โดยพบในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดร้อยละ 15 - 53 (Agostini et al., 2003) และพบสูงในผู้สูงอายุที่รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 70 - 80 (Pisani et al., 2003) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของบุศรา และคณะ (2002) พบอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 6.3 และพบว่าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 2-6 หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล ผลที่ตามมาจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตัวเองต้องพึ่งญาติผู้ดูแล อัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Inouye, 2006) และนอกจากนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องการการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากผู้ดูแลต่อเนื่องไปที่บ้าน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์การดูแลและใช้ประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันได้โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและค้นหาสาเหตุให้ได้ในระยะแรก การศึกษาพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันอีลิค, โคลลี, พิเมียล และเบลลาแวน (Elie, Cole, Primeau & Bellavance, 1998) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบปัจจัยเสี่ยงเช่น อายุมาก เพศชาย โรคระบบหัวใจ ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ การติดเชื้อ การใช้ยาหลายชนิด โรคระบบประสาทส่วนกลาง การเกิดอุบัติเหตุและกระดูกหัก ระบบประสาทสัมผัสทำหน้าที่ลดลง โดยปัจจัยเสี่ยงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ และภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด และปัจจัยซึ่งนำได้แก่ความเจ็บป่วยรุนแรง ความผิดปกติของผลการตรวจเลือดทางชีวเคมีและ การใช้ยา ในขณะที่ อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1993) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็นปัจจัยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยซึ่งนำเกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปัจจัยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความพร่องของการมองเห็น ความเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะขาดน้ำ การรู้คิดลดลง ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การผูกมัด ภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ การใช้ยามากกว่า 3 ชนิด

ใน 24 ชม. การคายสวสนปัสสาวะไว้และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา สำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน อาศัยอาการสำคัญทางคลินิกและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติพบว่าไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 66 - 70 และมีบันทึกในรายงานทางการแพทย์เพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (Inouye et al., 2001) การวินิจฉัยผิดพลาดบางส่วนเกิดเนื่องจากอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันมักขึ้นๆ ลงๆ ก้ำกึ่งกับภาวะสมองเสื่อมและขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

การศึกษาวิจัยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้รวมทั้งการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพยาธิกำเนิด การพัฒนาเครื่องมือการประเมินที่มีความจำเพาะและมีความไว เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยไปสู่การปฏิบัติและการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่นการศึกษาของอินอยล์ และคณะ (Inouye et al, 1999) พัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 852 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 426 ราย กลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการดูแลที่เรียกว่า elder life program ซึ่งพัฒนาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการมุ่งบำบัดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบบ่อย 6 ด้านเป็นกลวิธีป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมการป้องกันและกำหนดแผนการดูแลเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงคือ การสื่อสารและช่วยให้การรับรู้สิ่งแวดล้อมถูกต้องเกี่ยวกับ เวลา สถานที่และบุคคล การช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการนอนหลับ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในผู้ที่พร่องการได้ยินการมองเห็นและป้องกันแก้ไขภาวะขาดน้ำ ผลการศึกษาพบว่ากลวิธีนี้สามารถลดอุบัติการณ์ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดยในกลุ่มทดลองเกิดร้อยละ 9.9 กลุ่มควบคุมเกิดร้อยละ 15 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ มาร์คาโตนิโอ และคณะ (Marcantonio et al., 2001) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักซึ่งเข้ารับการรักษานในหน่วยศัลยกรรมกระดูกจำนวน 126 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 รายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 64 ราย จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลเชิงรุกในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การเยี่ยมชมทุกวัน ในระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล มีการให้คำปรึกษาประกอบด้วยปัญหาสำคัญ 10 ประการ และกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลดังนี้ การดูแลเกี่ยวกับออกซิเจน รักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การจัดการความปวด การลดจำนวนยาที่ไม่จำเป็น การดูแลการขับถ่าย การจัดการด้านอาหารโภชนาการ การเคลื่อนไหว การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการสิ่งแวดล้อมและการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ของโรงพยาบาลผลการศึกษพบว่ากลวิธีนี้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้หนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดและลดความรุนแรงลงได้ครึ่งหนึ่ง

โคลลี และคณะ (Cole et al., 2002) ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มุ่งคัดกรองอย่างเป็นระบบและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดระยะเวลาการมีภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอายุ > 65 ปี ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้วิธีการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน(confusion assessment method) ใน 24 ชม. หลังเข้ารับการรักษาเพื่อหาอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเมินสภาพการรู้คิดใช้เครื่องมือตรวจสอบสภาพจิตฉบับสั้น(MMSE) ประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันใช้ delirium Index ประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ใช้ ดัชนีบาร์เรล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมิน 3 ครั้งในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะประเมินทุกสัปดาห์ในกลุ่มทดลอง 113 ราย กลุ่มควบคุม 114 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลและปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจนถึง 8 สัปดาห์ ได้รับการตรวจเช็กจากแพทย์และการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางสูงอายุได้ตามความต้องการ ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการรู้คิดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

การศึกษาของ เลาน์สตรอม และคณะ (Lundstrom et al., 2005) ได้พัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติกรพยาบาลใช้กลวิธีหลายด้านสามารถลดระยะเวลาในการเริ่มเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลศึกษาในผู้สูงอายุ > 70 ปี ในแผนกอายุรกรรมที่โรงพยาบาล Sundsvall ในประเทศสวีเดนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คนได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม ทดลองและควบคุมอย่างละ 200 รายและทุกรายจะได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ organic brain syndrome scale และ เครื่องมือตรวจสอบสภาพจิตฉบับสั้น(MMSE) ในวันที่ 1, 3 และ 7 ภายหลังรับไว้รักษา การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันใช้ DSM IV กลุ่มทดลองจะได้รับการปฏิบัติกรพยาบาลดังนี้คือมีการฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับ เรื่องภาวะสมองเสื่อมและภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง การดูแลรักษา การป้องกันภาวะขาดออกซิเจน ภาวะคอร์ติโซลสูงและการได้รับยา anticholinergic ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยภาวะขาดออกซิเจนทำให้ cerebral oxidation metabolism ลดลง การสังเคราะห์ Acetylcholine ลดน้อยลงเป็นสาเหตุให้มีความพร้อมของการรู้คิดนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนภาวะคอร์ติโซลสูงเกิดจากผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยจะมีความเครียดเกิดขึ้นส่งผลต่อการหลั่ง corticosteroids เป็นสาเหตุให้ความสนใจ และการรับรู้บกพร่องและการได้รับยา anticholinergic มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาท acetylcholine ในการส่งสัญญาณประสาทไปควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของสมองแสดงออก

เป็นอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินการรักษาสาเหตุ ของภาวะสับสนเฉียบพลันเช่น คิดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ ท้องผูก ภาวะหัวใจล้มเหลว เส้นเลือดที่ปอดอุดตัน และผลข้างเคียงจากยา การอบรมพยาบาลเน้นที่การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อการรับรู้สิ่งแวดล้อม เวลา สถานที่ บุคคลตรงกับความจริง แนวคิดการดูแลเฉพาะรายโดยยึดหลัก ให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อลดความช่วยเหลือจากผู้อื่นและลดระยะเวลา การรักษา มีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ความรู้เป็นรายบุคคล เจ้าหน้าที่พยาบาลจะมีการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งเกี่ยวกับ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตาม มาตรฐานของโรงพยาบาลซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่เท่ากันแต่หมุนเวียนกันในแต่ละวัน ไม่มีผู้ดูแล ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มทดลอง จากผลการศึกษาพบว่าช่วงระยะเวลาที่ เริ่มเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยเกิดในวันที่ 7 ภายหลัง อยู่โรงพยาบาลร้อยละ 30.2 และ 59.7 ตามลำดับ ระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ย 9.4 และ 13.4 วัน อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มทดลองมีน้อยกว่า กลุ่มควบคุมคือร้อยละ 3.2 และ 14.5 ตามลำดับ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ปอดอักเสบ ภาวะพร่องโภชนาการและการนอนไม่หลับซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการ รักษาในโรงพยาบาลและอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันและ จัดการภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ มีการศึกษา รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลายการศึกษาและแต่ละการศึกษาก็มี กลวิธีที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆซึ่งผลการศึกษาได้ทั้งได้ผลและไม่ได้ผล แต่ ยังขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบเหล่านั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการทบทวนและสังเคราะห์ รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อได้ กลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันใช้เป็นประโยชน์และเผยแพร่ ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบเหล่านั้นต่อบุคลากรในทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลันต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนหลักฐานที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เหมาะสม

1.4 นิยามศัพท์

ภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึงกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่นการสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆ ลงๆ ในช่วงแต่ละวัน มีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย (American Psychiatric Association, 2000)

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน (องค์การสหประชาชาติ, 2525)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ในการสืบค้นหารูปแบบในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการทบทวนครั้งนี้จะประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้

- 2.1 ความหมายและชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 2.2 การวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 2.3 พยาธิสรีรภาพของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 2.4 อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
- 2.5 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
- 2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน
- 2.7 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.1 ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state หรือ delirium) หมายถึงกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่นการสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆลงๆ ในช่วงแต่ละวันมีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย (American Psychiatric Association, 2000)

ชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ลักษณะของภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่มีอาการอะโรวาย (hyperactive form) พฤติกรรมอะโรวาย ก้าวร้าว เช่น ดึงสาย น้ำเกลือ ผ้าปิดแผล ส่งเสียงร้องเรียกหาบุคคลเสียงดัง ปีนลงจากเตียงเป็นต้น ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว รุ่มาตาขยาย

2. กลุ่มที่มีอาการง่วงซึม (hypoactive form) มีอาการตรงกันข้ามกับกลุ่มแรกคือระดับความรู้สึกตัวลดลง ง่วง ซึมหลับ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงอาจถูกมองข้ามในเรื่องของภาวะสับสนเฉียบพลันไป เพราะมักจะเงียบไม่ค่อยมีพฤติกรรมเรียกร้องแต่จะอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายและอาจเข้าใจผิดว่ามีภาวะซึมเศร้า

3. กลุ่มที่มีอาการผสม (mixed form) มีลักษณะของทั้งสองลักษณะเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาบางช่วงอะโรวาย บางช่วงง่วงซึมซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักมีอาการอยู่ในกลุ่มนี้ (Stanley & Beare, 1995)

จากการศึกษาของแมคเกอร์ และคณะ (Meagher et al., 2000) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลันจากหน่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน โดยจำแนกชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันจากการประเมินโดยเครื่องมือ delirium rating scale และ delirium motoric subtypes (Liptzin & Levkoff, 1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ส่วนมากจะเป็นชนิดอาการผสม (mixed subtype) คิดเป็นร้อยละ 46 เป็นชนิด ง่วงซึมคิดเป็นร้อยละ 24 และชนิดอะโรวายร้อยละ 30 คะแนนที่ปรากฏทั้งหมดแตกต่างกันตามกลุ่มชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันกลุ่มที่มีคะแนนมากที่สุดอยู่ในกลุ่ม hyperactive กลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ hypoactive และกลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในช่วงปานกลางได้แก่ชนิด mixed subtype จะเห็นได้ว่าการจำแนกชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันจะต้องใช้เครื่องมือในการประเมินจึงจะสามารถระบุชนิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้และบุคลากรจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจลักษณะทางคลินิกเป็นสำคัญจึงจะสามารถวินิจฉัยปัญหาและตระหนักถึงปัญหา

2.2 การวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน

การค้นหาและวินิจฉัยกลุ่มอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นสำคัญมาก จากการศึกษานี้ของ อินอยล์ (1994) พบว่ามีผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 32-67 เนื่องจากลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันมีความไม่แน่นอนคือขึ้นๆ ลงๆ แตกต่างในระหว่างวันและมีบางลักษณะที่คล้ายกับภาวะสมองเสื่อมทำให้การประเมินผิดพลาดและวินิจฉัยผู้ป่วยเหล่านี้ว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้

1. มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว เช่น ความชัดเจนในการรับรู้ภาวะรอบตัวลดลง ร่วมกับความสามารถในการมุ่ง การคง หรือการเปลี่ยนความสนใจ ลดลง

2. มีความเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิด เช่น ความทรงจำบกพร่อง สับสนด้านเวลา สถานที่ และบุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ หรือการรับรู้ผิดปกติ ที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ ที่เป็นอยู่เดิม หรือกำลังเสื่อมลงได้ดีกว่า

3. ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นภายในเวลาเพียงสั้นๆ (มักเป็นในช่วงไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน) และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน

4. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เกิดจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

การวินิจฉัยแยกความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้วินิจัยได้ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า

	delirium	dementia	depression
onset	เฉียบพลัน	เริ่มอย่างช้าๆ	ไม่คงที่
orientation	ลดลง	ปกติในตอนต้น	ไม่เปลี่ยนแปลง
short-term memory	เสียความจำระยะสั้นก่อน	เสียความจำระยะสั้นก่อน ต่อด้วยความจำระยะยาว	ไม่เปลี่ยนแปลง
sensorium	เปลี่ยนแปลงขึ้นลงๆ	ไม่คงที่	ไม่เปลี่ยนแปลง
attentiveness	ผิดปกติชัดเจน	ส่วนใหญ่ปกติ	ปกติไม่เปลี่ยนแปลง
delusions	มีเนื้อหาความคิดผิดปกติ	มีเป็นบางครั้ง	พบน้อย
hallucinations	มีประสาทหลอนโดยเฉพาะภาพหลอน	ไม่ค่อยมีประสาทหลอน	พบน้อย
duration	ช่วงสั้นๆ	เรื้อรัง	ไม่คงที่

ที่มา : (Casey, Defazio, Vansickl & Lippmann, 1996)

2.3 พยาธิกำเนิดของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ชัดเจนมีการศึกษาโดยตรวจคลื่นสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่าการเคลื่อนไหวช้าลง ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์กับสาเหตุ (Romano & Engel, 1944) จากการศึกษาทางระบบจิตประสาทพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะถูกรบกวนการทำหน้าที่ของสมองทำให้มีความผิดปกติในส่วน prefrontal cortex, subcortical structures, thalamus, basal ganglia, frontal and temporoparietal cortex, fusiform cortex และ lingual gyri (Trzepacz & Van der Mast, 2002) ผลของสมมุติฐานเป็นที่มาของพยาธิกำเนิดภาวะสับสนเฉียบพลันมุ่งที่บทบาทของสารสื่อประสาท การอักเสบและภาวะเครียดเรื้อรัง (Inouye, 2006)

Acetylcholine เป็นสารสื่อประสาทตัวแรกที่ค้นพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการศึกษาของมาราจ (2004) พบว่าการลดลงของ acetylcholine ในสมองอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมบางอย่าง เช่นระดับความรู้สึกตัว การใส่ใจ การเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ ความคิด การรับวันเวลา สถานที่ บุคคล และนอกจากนี้ acetylcholine ยังมีบทบาทเกี่ยวกับการคงไว้ของระดับความเร็วคลื่นสมองและจะพบว่าความเร็วของคลื่นสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะช้าซึ่งลักษณะนี้พบเหมือนกันในผู้ป่วยที่ได้รับยา anticholinergic

Dopamine พบว่าการเพิ่ม สาร dopaminergic จะทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ยา dopaminergic เช่น levodopa และ bupropion เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนยา dopamine antagonists เช่น antipsychotic agents มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการสับสนเฉียบพลัน สารสื่อประสาทตัวอื่นๆเช่น norepinephrine, serotonin, γ -aminobutyric acid, glutamate และ melatonin อาจจะมีบทบาทเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันแต่ยังมีการศึกษาที่สามารถสนับสนุนสมมุติฐานนี้ไม่เพียงพอ

Cytokine รวมทั้ง interleukin-1, interleukin-2, interleukin-6, tumor necrosis factor α (TNF α) และ interferon มีบทบาทที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการเพิ่ม permeability ของ blood-brain barrier และการเปลี่ยนระสารท นอกจากนี้ภาวะเครียดเรื้อรังจากการเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) ทำให้เพิ่มระดับ cytokine และคอร์ติซอลซึ่งระดับคอร์ติซอลที่สูงเรื้อรังมีผลต่อ hippocampal serotonin, 5-

Hydroxytryptamine receptors ซึ่งทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจึงอธิบายถึงปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและมีอาการทางคลินิกหลากหลาย

2.4 อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนเฉียบพลันมีอัตราการเกิดสูงที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน มีการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 14-24 และอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 6-56 (Inouye, 1998) เกิดในผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดร้อยละ 15-53 (Agostini et al., 2003) เกิดในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 70-87 (Pisani, McNicoll & Inouye, 2003) พบได้สูงถึงร้อยละ 83 ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Casarett & Inouye, 2001) ผู้สูงอายุร้อยละ 10-30 มาโรงพยาบาลด้วยภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการนำมาในแผนกฉุกเฉิน (Agostini et al., 2003) สำหรับอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 22-76 มีอัตราที่สูงในผู้ป่วยกลืนเนื้อหาวใจตายเฉียบพลันและติดเชื้อภายในกระแสโลหิต พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 35-40 (Moran & Dorevitch, 2001)

2.5 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Franis et al., 1990) ต่อมาอินอยล์ (1994) แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเดิมเป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุมีอยู่ก่อนเข้าโรงพยาบาลเช่น สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า เคยมีประวัติสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ประสาทรับรู้สติลดลง ภาวะขาดน้ำและสารอาหาร การได้รับยามากกว่า 3 ชนิด ใน 1 วัน การเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่วนปัจจัยชักนำ เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาในกลุ่ม sedative hypnotics, narcotics, anticholinergic ผลของการเจ็บป่วยที่รุนแรง การผ่าตัด สิ่งแวดล้อม การนอนแปรปรวน

การศึกษาของ คาร์ลิสวาต และคณะ (Kalisvaat et al., 2006) ได้ทำการศึกษาดังปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันและพัฒนาไปสู่การป้องกัน ภายหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกโดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี จำนวน 603 รายทำการประเมินปัจจัยเสี่ยง 4 ด้านในขณะเข้าโรงพยาบาล ได้แก่ การพร่องการรู้คิด, ความพร่องการมองเห็น, การเข้ารับการรักษา, สัดส่วนของระดับยูเรียไนโตรเจนและครีเอตินิน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ, เสี่ยงปานกลางและ

เสี่ยงสูง ผลการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ เกิดร้อยละ 3.8, เสี่ยงปานกลางร้อยละ 11.1 และเสี่ยงสูงเกิด ร้อยละ 37.1 และมีปัจจัยเสี่ยงด้านการพร่องการรู้คิด เป็นปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากที่สุด จากการศึกษาทำให้ตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินระดับของปัจจัยเสี่ยงซึ่งหากพบว่า มีระดับของปัจจัยเสี่ยงน้อยจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกัน และ จัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเริ่มจากการประเมินปัจจัยที่พบบ่อยในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และหาวิธีในการป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเหล่านั้น

2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 32-67 อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1999) เกิดเนื่องจากการเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมในการประเมินผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมที่เป็นปกติไว้เป็นพื้นฐาน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม แพทย์และพยาบาลควรเลือกใช้เครื่องมือให้ถูกต้องและเหมาะสมจาก การศึกษาของเชอร์แมนและคณะ (Schuurmans et al., 2003) พบว่า ไม่มีเครื่องมือใดเพียงเครื่องมือเดียวที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันแต่เครื่องมือที่ใช้จะมีความตรงและความเที่ยงสูงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และการออกแบบของเครื่องมือที่ใช้นั้น เช่นในการทดสอบสถานะทางจิตใช้เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975) ซึ่งใช้ในการประเมิน cognitive impairment เหมาะสำหรับการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเครื่องมือนี้ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากเครื่องมือนี้ประเมินในเรื่องการรับรู้ที่ลดลงเท่านั้น ไม่ได้ประเมินในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลันต่อมาในปี 1990 อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1990) ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันเรียกว่า confusion assessment method (CAM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยมุ่งประเด็นในเรื่องอาการที่แสดงออกของภาวะดังกล่าวในเรื่องการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรมแบบรวดเร็ว CAM เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำเหมาะสมสำหรับใช้ในหอผู้ป่วย ผู้ประเมินไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์และนักจิตวิทยา มีค่า sensitivity 94-100 เปอร์เซนต์และค่า specificity 95 เปอร์เซนต์ (Inouye et al., 1990) ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันแต่ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิมรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงใน 24 ชม. หรือ ความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. ความตั้งใจลดลง
3. ความคิดสับสนไม่เป็นระบบ
4. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันจะต้องประกอบด้วยอาการแสดงของข้อที่ 1 กับข้อที่ 2 และข้อที่ 3 หรือ ข้อที่ 4 แต่ในขั้นสุดท้ายของการวินิจฉัยจะต้องได้รับการยืนยันตามข้อกำหนดของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกาที่ใช้ diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) เป็นมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัย

เครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันพร้อมทั้งประเมินความรุนแรงของอาการด้วยได้แก่ delirium rating scale (DRS) โดยพัฒนามาจาก DSM-III สามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยจิตเวชผู้ประเมินควรจะได้รับการอบรมหรือเป็นจิตแพทย์มีค่า sensitivity 82% และ specificity 94% สามารถที่จะวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้แต่จะต้องได้รับการยืนยันอีกครั้งจาก DSM-IV เช่นเดียวกับ CAM

2.7 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ และกลวิธีที่แตกต่างกันดังนี้

อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1999) ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 852 รายโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 426 รายกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง 6 ด้านได้แก่ การประเมินการรับรู้ ใช้เครื่องมือ MMSE ประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ใช้ Katz's ADL ใช้ whisper test ประเมินการได้ยิน binocular near vision ประเมินการมองเห็นและ APACHE II score ประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุเรียกว่า elder life programe ประกอบด้วยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการอบรมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ กลวิธีในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันจากปัจจัยเสี่ยง 6 ด้านดังนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและรับรู้สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการนอนหลับที่เพียงพอและเป็นธรรมชาติโดยใช้ แผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ(sleep protocol) กระตุ้นการเคลื่อนไหวเช่นการออกกำลังกายบนเตียง การส่งเสริมการมองเห็นและการได้ยินอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยใช้แว่นตาและใช้เครื่องช่วยฟัง ป้องกันภาวะขาดน้ำและดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันนี้สามารถลดอุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดยในกลุ่มทดลองเกิดร้อยละ 9.9 กลุ่มควบคุมร้อยละ 15

Marcantonio (2001) ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงรุกเพื่อลดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกโดยมีกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย มีอายุตั้งแต่ 65 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการสัมภาษณ์โดยตรงและสัมภาษณ์ญาติโดยถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนกระดูกหัก ใช้ Katz's ADL ประเมินสภาพจิตภายหลังกระดูกหัก โดยใช้ MMSE ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันใช้ delirium symptom interview ประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันใช้ memorial delirium assessment scale (MDAS) สอบถามญาติเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนกระดูกหัก ประเมินการรับรู้และภาวะสมองเสื่อมก่อนกระดูกหักโดยใช้ The blessed dementia rating scale หลังจากประเมินผู้สูงอายุแล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 62 ราย กลุ่มควบคุม 64 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการปรึกษาเชิงรุก 10 ประการดังนี้ ดูแลในเรื่องการได้รับออกซิเจน ความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การจัดการความปวด ทบทวนการได้รับยา จัดการในระบบขับถ่าย ให้ได้รับอาหารเพียงพอ กระตุ้นการเคลื่อนไหว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จัดสิ่งแวดล้อม และรักษาอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติผลการศึกษาพบว่าการลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ไมลิเซน และคณะ (Milisen et al., 2001) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปีที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองอย่างละ 60 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเครื่องมือ CAM ประเมินการรับรู้โดยใช้เครื่องมือ MMSE ประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ใช้เครื่องมือ Katz Index ADL กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแล interdisciplinary intervention program ดังนี้คือ ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ให้ความรู้ในเรื่องการประเมิน พยาธิสรีรภาพ การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม การทำโปสเตอร์ในเรื่องเกี่ยวกับอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันตามข้อบ่งชี้ของ CAM เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ประเมินสภาวะการรู้คิดอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการค้นหาอาการที่เปลี่ยนไปเปลี่ยนมาในผู้สูงอายุ พยาบาลจะได้รับการฝึกการใช้ NEECHAM confusion scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงเหมาะสม มีบริการให้คำปรึกษาในทีมการพยาบาล เพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน ฝึกการใช้เครื่องมือ NEECHAM confusion scale ให้แก่ผู้ช่วยพยาบาล แต่ต้องได้รับการยืนยันการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือ CAM อีกครั้งมีการปรึกษากันภายในทีมเป็นระดับขึ้นจากผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล พยาบาลด้านผู้สูงอายุและแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีอัตรากำลังของพยาบาลต่อผู้ป่วยในเวรกลางวันและเวรกลางคืนเป็น 1: 28 -2: 28 มีโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพมีการกำหนดการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบแผนดังนี้ ภายหลังผ่าตัดให้

tramadol 3mg/kg/วันที และต่อจากนั้นให้ tramadol 6mg/kg/24hrs ในน้ำเกลือร่วมกับให้ยาแก้ปวด propacetamol 120 mg/kg ภายหลัง 24-48 ชม.และภายหลังผ่าตัดในวันที่ 3 ให้ tramadol และ acetaminophen ทางปากต่อจนถึงจนถึงวันที่ 5 หลังผ่าตัด ในวันที่ 6 สามารถให้ยาตามความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับความเห็นชอบของพยาบาล ผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการเกิดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและความรุนแรงในการเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ทาเบท และคณะ (Tabet et al., 2005) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของการให้ความรู้ต่อแพทย์และพยาบาลในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการเพิ่มการวินิจฉัยในผู้สูงอายุในหน่วยวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 122 ราย กลุ่มควบคุม 128 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความหมาย ระบาดวิทยา อาการ ผลลัพธ์ที่เกิด การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน มีการประชุมปรึกษาระหว่างการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ความสับสนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองมีความตระหนักในภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่ากลุ่มควบคุม

เลาน์สตรอม และคณะ (Lundstrom et al., 2005) ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระยะเวลานอนพักรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 400 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละเท่าๆกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการประเมินโดยเครื่องมือ organic brain syndrome scale และ MMSE ในวันที่ 1, 3, 7 ภายหลังเข้ารับการรักษและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยในกลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการดูแลดังนี้คือ พยาบาลและแพทย์ที่เข้าอบรมในหลักสูตรผู้สูงอายุจะได้รับเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง การรักษาและการดูแล ภายใน 2 วันแรกของหลักสูตรไว้เป็นพื้นฐานก่อนที่จะเริ่มการศึกษา การฝึกปฏิบัติการรักษาเน้นที่ การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจน ภาวะคอร์ติโซลสูงและปัจจัยอื่นที่สามารถรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาท cholinergic เช่น หลีกเลียงการได้รับยา anticholinergic เน้นที่การประเมินและการรักษาสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันเช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดบวม ท้องผูก หัวใจล้มเหลว ภาวะเส้นเลือดอุดตันผลข้างเคียงจากยา การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยเพื่อลดภาวะเครียด ให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์สำหรับญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะการสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เข้าใจถึงความสำคัญของการแจ้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ บอกความเป็นจริงในปัจจุบัน เช่นการบอกวัน เวลา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วและเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด ปรับปรุงระบบการดูแลเป็นรายบุคคล โดยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่ต้องพึ่งผู้ดูแล ลดเวลาในการอยู่โรงพยาบาล โดยมีทีมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลรับผิดชอบ

ผู้ป่วย มีการแนะนำสำหรับพยาบาลเดือนละครั้งโดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันเน้นปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล การแนะนำแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 15 - 20 นาที ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่มแต่ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

พิคาลา, ลอรัลลา, สแตนเบอร์กและทิลวิส(Pitkala, Laurila, Strandberg & Tilvis, 2006) ได้ทำการศึกษา ประเมินกิจวัตรประจำวันโดย barthel index และประเมินภาวะซึมเศร้าใช้ geriatric depression scale ประเมินภาวะโภชนาการใช้ ประเมินความรุนแรงของอาการใช้ memorial delirium assessment scale (MDAS) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 87 รายเท่ากัน กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแล multicomponent geriatric intervention ดังนี้ได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันโดยประเมินจากเครื่องมือที่เชื่อถือได้ มีการประเมินและรักษาผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ การซักประวัติจากญาติ การตรวจร่างกาย ประเมินการรู้คิด ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ทบทวนการให้ยา หลีกเลี่ยงการใช้ยาทางจิตเวช ได้รับการบอกวันเวลา โดยจัดให้มีปฏิทิน นาฬิกาและรูปภาพ ปริญญาพยาบาลบำบัด มีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโดยการให้ nutrition supplements และ calcium+ vitamin D supplements มีการป้องกันอันตรายของกระดูกสะโพก มีการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ ผลการศึกษาโดยการติดตามผลใน 1 ปี พบว่า 60 % ในกลุ่มทดลองและ 64.4% ในกลุ่มควบคุมไม่มีการเสียชีวิตและการเข้ารักษาในสถานบริการสุขภาพและ 42.5 % ในกลุ่มทดลองและ 51.7 % ในกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและรูปแบบการป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการมีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันจะสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ ซึ่งการศึกษานี้มีรูปแบบที่แตกต่างกันในเรื่องระดับของความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาค้นคว้าต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสืบค้น วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานและผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1 สืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูล
- 3.2 การคัดเลือกข้อมูล
- 3.3 วิเคราะห์งานวิจัย

3.1 สืบค้นแหล่งที่มาของข้อมูล

1. รวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้รับการตีพิมพ์ซึ่งเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ.1997-2006
2. สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตำรา วารสารทางการแพทย์และการแพทย์ รายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับฐานข้อมูลที่ใช้สืบค้นได้แก่ The Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, PubMed, Blackwell Synergy, จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยจากสถาบันต่างๆ โดยกำหนดคำสำคัญดังนี้ delirium, acute confusion prevention, intervention, management, older persons, model of care

3.2 การคัดเลือกข้อมูล

1. เป็นงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีบทคัดย่อและมีรายงานวิจัยฉบับเต็มซึ่งตีพิมพ์หรือเผยแพร่ในปี 1997-2006 เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุเกิดจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและส่งผลต่อจิตใจ

จากการสืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้ผลการสืบค้นแสดงดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลต่างๆ และจำนวนเรื่องที่คัดเลือกไว้

ฐานข้อมูล	เรื่องทั้งหมด	เรื่องที่คัดไว้
PubMed	575	25
Blackwell synergy	1129	11
CINAHL	35	10
The Cochrane data base of Systematic review	78	4
The Cochrane central register of controlled trials	26	6

3.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

การวิเคราะห์และประเมินรายงานการวิจัยตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยการแบ่งระดับของหลักฐานจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2544 ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยหรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (non-randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม non-randomized controlled trials, cohort study, case control study เป็นต้น

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ในแต่ละฐานข้อมูลเรื่องที่เลือกไว้จะซ้ำกัน ดังนั้น จึงเหลือเรื่องที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 14 เรื่องแบ่งเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A จำนวน 6 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง และระดับ D จำนวน 3 เรื่องดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

Data Base	key words	จำนวนเรื่อง	จำนวนเรื่องที่เลือก	level of evidence
PubMed	Prevention of delirium in elderly	290	9	ระดับ A จำนวน 3 เรื่อง B จำนวน 5 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
			7	ระดับ A จำนวน 3 เรื่อง B จำนวน 3 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
			7	ระดับ A จำนวน 4 เรื่อง B จำนวน 2 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Prevention and management of delirium in elderly	95	2	ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Intervention of delirium in elderly	149	2	
	Model of care for delirium in elderly	41	2	

ตารางที่ 3 แสดงผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ (ต่อ)

Data Base	key words	จำนวนเรื่อง	จำนวนเรื่องที่เลือก	level of evidence
Blackwell Synergy	Prevention of delirium in elderly	357	3	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Prevention and management of delirium in elderly	244	2	ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Intervention of delirium in elderly	303	3	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Model of care for delirium in elderly	225	3	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง

ตารางที่ 3 แสดงผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ (ต่อ)

Data Base	key words	จำนวนเรื่อง	จำนวนเรื่องที่เลือก	level of evidence
CINAHL	Prevention of delirium in elderly	12	4	ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง D จำนวน 1 เรื่อง
	Prevention and management of delirium in elderly	16	3	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง D จำนวน 2 เรื่อง
	Intervention of delirium in elderly	4	2	ระดับ B จำนวน 2 เรื่อง
	Model of care for delirium in elderly	3	1	ระดับ D จำนวน 1 เรื่อง

ตารางที่ 3 แสดงผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ (ต่อ)

Data Base	key words	จำนวนเรื่อง	จำนวนเรื่องที่เลือก	level of evidence
The Cochrance Data Base of Systematic Review	Prevention of delirium in elderly Prevention and management of delirium in elderly Intervention of delirium in elderly	12 12 30	1 1 1	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง
The Cochrance Central Register of Controlled trials	Model of care for delirium in elderly Prevention of delirium in elderly Prevention and management of delirium in elderly	24 13 -	1 2 -	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง
	Intervention of delirium in Elderly	10	3	ระดับ A จำนวน 2 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง
	Model of care for delirium in elder	3	1	ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง in elderly

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

ผู้แต่งปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและนำไปใช้
I. Inouye, S.k., Bogardus S.T., Charpentier, P.A Summer, L.L., Acampora D., Holford, T., et al. (1999). a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older-patients.	prospective individual matching controlled clinical trial/B วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของรูปแบบ การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน	กลุ่มตัวอย่าง 426/426 อายุ ≥ 70 ปี ผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปรับรักษาใน โรงพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดย มุ่งการบำบัดปัจจัยเสี่ยง 6 ประการที่อาศัย จากหลักฐานที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการ เสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันและ เป็นไปได้ในส่วนของกาปฏิบัติได้แก่ 1 การรณรงค์ความรู้คิด 2 การนอนแปรปรวน 3 พยายามมองเห็น 4 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ 5 พยายามได้ยิน 6 ภาวะขาดน้ำ โดยประเมินทุกวันกลุ่มทดลองจะได้รับ มาตรฐานตามแผนการดูแลเพื่อป้องกัน ปัจจัยเสี่ยง	อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองร้อยละ 9.9 กลุ่มดูแลตาม ปกติ ร้อยละ 15 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จำนวนวันที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติ และจำนวนครั้งการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันต่ำกว่ากลุ่มดูแลตามปกติ เช่นเดียวกัน ความรุนแรงไม่แตกต่างกัน การนำไปใช้ ประเด็นสำคัญของการศึกษาค้นคว้า การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยมุ่งที่การบำบัดปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ และการสร้างมาตรฐานการดูแล

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
2. Lundstrom, M., Edlund, A., Lundstrom, G & Gustafson, Y. (1999). reorganization of nursing and medical care to reduce the delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures.	cohorts study/B ประเมินประสิทธิภาพ โปรแกรม การจัดการระบบการพยาบาล และการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่าง 49 รายอายุ > 70 ปี แผนกฟื้นฟูกระดูกผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการประเมิน ก่อนและหลังในวันที่ 1 และ 7 โดยใช้ organic brain syndrome scale กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลดังนี้ ให้ความรู้ภาวะสับสนเฉียบพลันกับเจ้าหน้าที่ ได้รับการดูแลจากแพทย์สูงอายุนะและแพทย์ เฉพาะทางกระดูก ป้องกันและรักษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลัน วางแผนการดูแลรายบุคคล เริ่มฟื้นฟูโดยเร็ว มีจ.น.ท.กลุ่มย่อย ดูแลอย่างใกล้ชิด ทีมกายภาพและกิจกรรม บำบัดร่วมดูแล ออกแบบหออผู้ป่วย เหมาะสมกับการฟื้นฟูสภาพจ.น.ท.ปฏิบัติ กิจกรรมตามความต้องการของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ไม่เปลี่ยน หอผู้ป่วยเกินความจำเป็นจนสิ้นสุดการรักษา	อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสน เฉียบพลันก่อนผ่าตัดร้อยละ 20.4 หลังผ่าตัดร้อยละ 30.6 และร้อยละ 16 ที่ยัง คงมีภาวะสับสนเฉียบพลัน อยู่หลัง 1 สัปดาห์ การนำไปใช้ โปรแกรมการจัดการระบบการ พยาบาลและการรักษาสามารถ ลดอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันได้

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
3. Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Summer, L.L. & Cooney, L.M. (2000). The hospital elder life program a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients.	clinical control / B มีวัตถุประสงค์ โปรแกรม HELP สามารถ รักษาสภาพการรู้คิดและความ สามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันไม่ให้ ลดลง	ผู้สูงอายุ ≥ 70 ปี ประเมินปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ มีการรู้คิดบกพร่อง การนอนแปรปรวน ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะขาดน้ำ การเคลื่อนไหวลดลง การมองเห็นและการได้ยินลดลง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 1507 รายเป็นกลุ่มทดลอง hospital elder life program กิจกรรมที่ให้แบ่งเป็น 2 อย่างได้แก่กิจกรรมสำหรับ ภาวะสับสนเฉียบพลันและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมภาวะสับสนเฉียบพลันมีดังนี้ เยี่ยมชมทุกวัน เวลา สถานที่ จัดกิจกรรมให้ปฏิบัติเช่นการเล่นเกมส์ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย จัดให้มีหูฟังและแว่นตาสำหรับใช้งาน ได้ตลอด ดูแลอาหาร น้ำและเกลือแร่อย่างเพียงพอ นอนหลับอย่างเพียงพอ	โปรแกรม HELP ได้แกกิจกรรมสำหรับ ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันและป้องกัน การเสื่อมถอยการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำ วัน โดยกำหนดแผนการดูแลให้ข้อมูล วัน เวลา สถานที่ จัดกิจกรรมให้ปฏิบัติ เช่น การเล่นเกมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้มีการ เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย จัดให้มีหูฟัง และแว่นตาสำหรับใช้งาน ได้ตลอด ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำและเกลือแร่อย่าง เพียงพอ นอนหลับได้พอเพียง กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยเพิ่มสห วิชาชีพมีการปรึกษาทานทางโทรศัพท์หลัง จำหน่าย ผลการศึกษา พบว่าจำนวน ผู้สูงอายุร้อยละ 8 มีคะแนน MMSE ลดลง 2 และร้อยละ 14 มีคะแนน ADL ลดลง 2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา มีคะแนนลดลงร้อยละ 26 และ 33 ตาม ลำดับ

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษา
		กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้ ปฏิบัติตามพยาบาลตามความเสี่ยงที่ประเมินในแต่ละราย ประชุมในทีมสหวิชาชีพพร้อมแนะนำในการรักษา จัดโปรแกรมอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย ปรึกษาแพทย์ผู้สูงอายุ ปรึกษากับทีมสหวิชาชีพ การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุมใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาใน อดีต	

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
4.Marcantonio ,E.R., Flacker, J.M ., Wright, R.J & Resnick, N.M. (2001). reducing delirium after hip fracture.	RCT/A วัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา การให้คำปรึกษาเชิงรุก ในการลดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก	กลุ่มตัวอย่างอายุ > 65 ปีจำนวน 126 รายแบ่ง กลุ่มทดลอง 62/64 ที่รับไว้รักษาในศูนย์การแพทย์ ระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยผู้สูงอายุได้รับการประเมินเรื่องการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันก่อนเกิดบาดเจ็บประเมินความ สามารถการทำหน้าที่หลังบาดเจ็บ เฉียบพลันในแต่ละราย ความรุนแรง อาการแสดงของภาวะสับสน ของภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้การวินิจฉัยโดยใช้ CAM สัมภาษณ์ญาติเกี่ยวกับความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรู้คิดก่อนกระดูกหัก	อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดลง 1/3 ในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมและระยะเวลาการรักษา ไม่แตกต่างกัน การนำไปใช้ การให้บริการให้คำปรึกษาในเรื่องที่เสี่ยง ปัจจัยในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดได้
		กลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการ ดูแล โดยให้คำปรึกษาเชิงรุกได้รับคำปรึกษา ก่อนผ่าตัดใน 24 ชม. และหลังผ่าตัดแพทย์ ผู้สูงอายุเยี่ยมตราผู้ป่วยทุกวันและให้คำปรึกษา ที่อาศัย protocol ที่กำหนดไว้ 10 ประการ	

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเพี้ยนในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
		การได้รับออกซิเจน สมดุลน้ำและเกลือแร่ จัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม พบหนกการได้รับยา ประเมินการทำงานของระบบขับถ่าย ให้สารอาหารอย่างเพียงพอ กระตุ้นการเคลื่อนไหว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การบำบัดรักษา ภาวะสับสนเพี้ยน	

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
5. William L.Lyous. (2005). Delirium in post acute and long term care.	Article/D เป็นบทความที่บรรยายสาเหตุและ ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การป้องกัน และการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลัน	บทความได้กล่าวถึงการป้องกันภาวะสับสน เฉียบพลันผู้สูงอายุ โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ และทีม ให้การดูแลตามแบบแผนการนอน เช่น ลดสารคาเฟอีน ฟังดนตรีบรรเลง นวดหลัง ลดการใช้เสียง ลดการใช้ยา นอนหลับ กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย จัดหา แว่นตาให้สวมใส่ เครื่องช่วยฟัง ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย จัดการสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ลดการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน	การป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการและการคัดกรองสาเหตุ ของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น สามารถลดความรุนแรงและ ระยะเวลาการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันได้

ตารางที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
6. Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical ward.	case control /B วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบว่าการให้ความรู้ ต่อแพทย์และพยาบาลสามารถลดจำนวน อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและ เพิ่มการวินิจฉัยในผู้สูงอายุที่หน่วยวิกฤติ	กลุ่มตัวอย่าง 250 รายอายุ > 70 ที่เข้ารับการ รักษาในหน่วยวิกฤติกลุ่มทดลอง 122 ราย กลุ่มควบคุม 128 รายกลุ่มทดลองได้รับ การให้ความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ประกอบด้วย 1. ข.ม.นำเสนอเกี่ยวกับภาวะสับสน เฉียบพลัน เช่น ความหมาย ระบาดวิทยา อาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลลัพธ์ที่เกิด การป้องกันและจัดการ เจียนและประจักษ์สัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติในการ ป้องกัน วินิจฉัยจัดการภาวะสับสนในผู้สูงอายุ มีประจักษ์ประจักษ์ระหว่างการปฏิบัติงานใน แต่ละราย เช่นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังจากนั้นจะติดตามวัดการวินิจฉัย โดยในกลุ่มทดลองสามารถวินิจฉัย ภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้มากขึ้น พบ 8 ราย ใน 12 ราย กลุ่มควบคุม พบ 6 รายใน 23	อุบัติการณ์ความชุกในกลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 9.8 และ 19.5 ตาม ลำดับและเจ้าหน้าที่ในกลุ่ม ทดลองมีความตระหนักในภาวะ สับสนเฉียบพลันมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.01$ การนำไปใช้ การให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการแสดงและผลลัพธ์ของภาวะ สับสนเฉียบพลัน การเขียน แนวปฏิบัติในการ ป้องกันและการ จัดการมีการปรึกษาในระหว่าง ปฏิบัติงานทำให้สามารถลดความ ชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันได้

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่เฝ้า/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
7.Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., Giest, S.D., Godderis, J., Vandermeulen, E., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients.	clinical control / B วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรม การดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ ในการลดอุบัติการณ์การเกิด ความรุนแรงและเวลาของ ภาวะสับสนเฉียบพลัน	ผู้สูงอายุ > 65 ปีที่เข้ารับการรักษาที่ แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่มีกระดูก สะโพกหักกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัด เลือก 120 รายทำการประเมินโดย CAM ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ สภาพการรู้คิดใช้ MMSE แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและความควบคุม 60/60 กลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้แก่พยาบาลประเมินการรับรู้ อย่างเป็นระบบมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลและ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม ให้คำปรึกษามีการจัดการความปวด อย่างเหมาะสม	อุบัติการณ์เกิดภาวะสับสนเฉียบ พลันไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม ส่วน ระยะเวลาและความรุนแรงของ ภาวะสับสนเฉียบพลันกลุ่มทดลอง สั้นและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมระยะเวลา การรักษาในโรงพยาบาลและ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่มแต่เมื่อเปรียบเทียบกับ ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนกระดูกหัก 1 เดือนและ 3 เดือนหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม การนำไปใช้ รูปแบบการดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพสามารถลด ระยะเวลาและความรุนแรงของภาวะสับสน เฉียบพลันและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ หน้าที่

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
8.Cole, M.G., Mc Cusker, J., Bellavance, F., Primeau, F.J., Bailey,R.F., Bonnycastle,M.J.,et al. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients.	RCT /A วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบรูปแบบการดูแล เป็นทีมสหวิชาชีพในการเพิ่ม ประสิทธิภาพการรู้คิด ของผู้สูงอายุที่แผนกอายุรกรรม	กลุ่มตัวอย่างอายุ > 65 ปีที่แผนกอายุรกรรม ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน โดย CAM ใน 24 ชม.หลังเข้ารับการรักษาประเมิน MMSE ประเมินความรุนแรงใช้ delirium index ประเมินความสามารถ. ใช้ barthel index กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินทั้งหมด 3 ครั้งในสัปดาห์แรกและ 1 ครั้งในสัปดาห์ ต่อไปแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 113 ราย ควบคุม 114 รายกลุ่มทดลองได้รับการ ดูแลและปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้าน ผู้สูงอายุจนถึง 8 สัปดาห์ ได้รับการตรวจ เยี่ยมจากแพทย์และการดูแลจากครอบครัว อย่างใกล้ชิดกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการดูแล ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล	ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเพิ่ม ประสิทธิภาพการรู้คิด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะกลุ่ม ตัวอย่างมีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้ว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ประกอบกับ มีการความเจ็บป่วยร่วมหลายโรค จึงทำให้รูปแบบการดูแลดังกล่าวไม่ได้ผล ดังนั้นรูปแบบนี้จะใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและต่ำเท่านั้น

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
9.Flaherty, J.H ., Tarig, S.H., Raghavan, S., Bakshi, S.,Moinuddin Morley, J.E., et al. (2003). A model for managing delirium older inpatients.	Article/D เป็นการนำเสนอรูปแบบใหม่ สำหรับการดูแลผู้ป่วย สำหรับการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และติดตามผู้ป่วยที่รับเข้าพัก ในหอสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน	การนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยจัดห้อง ให้ผู้ป่วยเฉพาะ (Delirium room) เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ แนวคิดการดูแลแบบทีมสหสาขา และ การสังเกตผู้ป่วยใกล้ชิดและแนวคิดนี้มีการ ปรับห้องผู้ป่วยเล็กน้อยไม่ได้ลงทุนเพิ่มขึ้น โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 3 ประการ 1 กระบวนการรับผู้ป่วยใหม่จากหน่วยฉุกเฉิน หรือหน่วยอื่นเพื่อตัดสินใจรับไว้ใน DR ซึ่งพยาบาลตัดสินใจได้ตลอดเวลา 2 การดูแลรักษาแบบบูรณาการมีการประชุม ทีม 5 วัน/ สัปดาห์พยาบาลประเมินสภาพจิต ทุกวันเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 ประเด็นการพยาบาลมีการพัฒนาข้อกำหนด การดูแลที่เน้นหลักเชิงการ ใช้จ่ายประชุมวิชาการ สำหรับพยาบาล การศึกษาติดตามย้อนหลัง	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้รับ การดูแลในห้อง DR มีระยะเวลาในการรักษา ตรงตาม ข้อกำหนดในระบบ DRG การนำไปใช้ การจัดห้อง DR ให้ประโยชน์ในการเพิ่ม ความตระหนักถึงปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือมีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานและแพทย์ พิจารณาความจำเป็นที่ต้องใช้ DR

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
10.Bitsch, S.M., Foss, B.N., Kristensen, B.B & Kehlet H. (2004) Pathogenesis and management strategies for postoperative delirium after hip fracture.	Systematic Review/A วัตถุประสงค์การทบทวน เพื่อสรุปความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับพยาธิ สภาพของภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลัง ผ่าตัดร่วมกับกลวิธีสำหรับการป้องกันและ จัดการ	จากการทบทวนการศึกษาพบทั้งหมด 4 การศึกษา ไม่ลิเซน และคณะ (2001)มีกลวิธีดังนี้ ให้ความรู้พยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม มีการคัดกรองสภาพการรับรู้อย่างมีระบบ มีการปรึกษาพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ บริหารจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เล่นไสตรอม และคณะ (1999) มีกลวิธีดังนี้ ให้การศึกษากับเจ้าหน้าที่ มีการประสานงาน ระหว่างแพทย์ออร์โธปิดิกซ์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ป้องกันภาวะ ออกซิเจนต่ำ โดยให้ร่วมกับความดันบวก และรักษาระดับออกซิเจนไว้ > 95% ให้การฟื้นฟู สภาพโดยเร็วจัดเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด มีทีมนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดร่วมดูแล ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ	ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการ ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพก สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้และ มีกลวิธีเพิ่มขึ้นจากการประเมิน ปัจจัยเสี่ยง 6 ประการในเรื่อง การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด การจัดการความปวด

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
		ออกแบบห่อผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการฟื้นฟู ไม่เปลี่ยนห่อผู้ป่วยเกินความจำเป็นจนสิ้นสุดการรักษา มาคาร์ไคโบโอ และคณะ (2001) มีกลวิธีดังนี้ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนการดูแล ประเมินหน้าที่การรับรู้หลังการดูแลและการแสดงของ ภาวะสับสนเฉียบพลัน มีการปรึกษาและแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ ข้อเสนอแนะที่ได้รับการถาม 5 อันดับแรกได้แก่ รักษาระดับความเข้มข้นของเลือด > 30% ป้องกันภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่โดยการสวนล้างสายปัสสาวะ หลีกเลี่ยงการให้ยา benzodiazepines Anticholinergic และ antihistamine กระตุ้นการเคลื่อนไหว โดยให้ลุกจากเตียง ภายหลังผ่าตัด โดยเร็วที่สุดในระยะเวลาที่เพียงพอ กัลตาชัน และคณะ (1991) มีกลวิธีดังนี้ ได้รับการผ่าตัดตามความเหมาะสม มีการตรวจสุขภาพก่อนการผ่าตัด	

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสืบสนเถียงพด้น (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค้	กลุ่มตัวอย่าง/สถานทีศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
		ป้องกันภาวะลิมเล็ดดูดตัน รักษาโดยการให้ออกซิเจน 1 ลิตร/ชมวันแรกหลังผ่าตัด ให้ MO ได้วิวนั้นก่อนผ่าตัด ให้ crytalloids และ phenylephrine รักษาภาวะความดันต่ำ ประเมินและรักษาหลังผ่าตัด โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ	

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
11.Lundstrom, M., Edlund, A., Kariss, S Bramstrom, B.,Bucht, G & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduce the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients.	RCT/A วัตถุประสงค์เพื่อประเมิน โปรแกรม การให้การศึกษา การจัดระบบการพยาบาล และการรักษาสามารถเพิ่ม ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลันเมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมให้การ ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างอายุ > 70 ปีจำนวน 400 ราย สุ่ม เข้าศึกษาในแผนกอายุรศาสตร์ประเมิน OBS และ MMSE ในวันที่ 1, 3 และ 7 ได้รับการ วินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันตาม DSMIV แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและความควบคุมกลุ่มละ 200 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมบำบัด 4 ด้าน 1. การจัดให้ความรู้แก่บุคลากรเป็นเวลา 2 วัน มุ่งที่การประเมิน ป้องกันและรักษาภาวะสับสน เฉียบพลัน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความ ตั้งใจลดลงเพื่อให้ orientation ป้องกันการ ขาดออกซิเจน hypercortisolism ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อcholinergic metabolic หลีกเลียงยากลุ่ม anticholinergic ประเมินการรักษา สาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่นการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	เป็น multidisciplinary intervention program ลดระยะเวลาของการมี ภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายในโรงพยาบาล อัตราความชุกของภาวะสับสน เฉียบพลันทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ใน 24 ชม. แรกและวันที่ 3 ของ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กลุ่มที่ทดลองกับกลุ่มควบคุม ในวันที่ 7 ของการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลมีกลุ่มตัวอย่างที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่สมองเสื่อม คงมีภาวะสับสนเฉียบพลันในวัน

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
		ปอดอักเสบ ภาวะหัวใจล้มเหลว pulmonary embolism และการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่สมองเสื่อมและสับสนเฉียบพลัน การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรม ความประพฤติกิจกรรม 3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือการมุ่งให้ผู้ป่วยมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเอง ทำให้การพึ่งพาลดลงและการอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลงกิจกรรมการพยาบาลคือการสนับสนุนความเป็นบุคคลจัดระบบการทำงานเป็นทีมช่วยมีพยาบาลและผู้ช่วยดูแลตลอดเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องและคุ้นเคยกับผู้ป่วยให้ ข้อมูลรู้เวลาปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงรอบตัวและลดความเครียดต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 4.. มีการแนะนำการพยาบาลเตือนและกระตุ้นการพยาบาลที่ดีเป็น prerequisite ในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ	ที่ 7 ในกลุ่มทดลอง จำนวนวันเฉลี่ยที่พักรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมและผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 1 มีจำนวนวันเฉลี่ยของกาพักในโรงพยาบาลสั้นกว่า เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ข้อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
12.Bergmann, M.A., Murphy, K.M., Kiely, D.K., Jones, R.N & Marcantonio, E.R.(2005). A model for management of delirious postacute care patients.	Article/ D เพื่อเสนอรูปแบบการจัดการบรรเทา ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังจาก เกิดภาวะเฉียบพลัน delirium abatement program ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันแห่งชาติว่าด้วยความสูงอายุ วัตถุประสงค์เพื่อให้ระยะเวลาการมี ภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงและช่วยให้ ความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้น	โปรแกรม DAP เป็น โปรแกรมที่พัฒนาโดย พยาบาลรับผู้ป่วยที่ผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่ยังมีภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ได้แก่ผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดอักเสบและผ่าตัด กระดูกสะโพก โปรแกรมที่ใช้ประกอบด้วย 4. รูปแบบย่อยโดยเป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ประกอบด้วย 1. การคัดกรองอาการและการแสดงของ ภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้เครื่องมือที่เป็น มาตรฐานและประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม 2. ประเมินและบำบัดรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การใช้ยา การติดเชื้อ ความปวดที่ควบคุมไม่ได้ ความไม่สมดุลสารน้ำ ระบบขับถ่าย 3. ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนเช่น การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หลีกเลี่ยงการผูกมัดและให้ยานอนหลับ ดูแลให้ผู้ป่วยหลับอย่างเพียงพอโดยไม่ใช้ยา	สามารถนำรูปแบบ DAP ไป ใช้ในการพัฒนางาน CQI ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเนื่องจาก ใช้บุคลากรที่มีอยู่เดิม และเป็นการดูแลผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
4. แก้ไขการรู้คิดและความสามารถในการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้การรู้คิดกลับมา ช่วยให้สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การดูแลต่อเนื่อง การสื่อสารที่ตระหนักรู้ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย พยาบาลสอน หลักเล็งการใช้ความรุนแรง เผชิญหน้า ช่วยเหลือเวลา สถานที่ บุคคล			

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วิทยุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/ วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและการนำไปใช้
13. Miliisen, K-., Lemiengre, J., Braes, T & Foreman, M.D.(2005). Multicomponent intervention strategies for Managing delirium in Hospitalized older people	Systematic review /A วัตถุประสงค์การทบทวนเพื่อหาข้อ สรุปลักษณะประสิทธิภาพของ กลวิธีการปฏิบัติหลายด้านสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	จากการทบทวนงานวิจัยพบ 7 เรื่องโดย แบ่งเป็นการป้องกัน 4 เรื่องการจัดการ 3 เรื่องการ ป้องกัน ได้แก่การศึกษาของวานิชและคณะ (1992) โดยมีกลวิธีประเมินโดยพยาบาลผู้สูงอายุ ให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ดูแล แจ้งวัน เวลา สถานที่ มีการติดต่อสื่อสาร กระตุ้นการเคลื่อนไหว จัดสิ่ง แวดล้อม อบรมญาติ ทบทวนการให้ยา วางแผน จำหน่าย การศึกษาของอินยอและคณะ (1999) โบการดีและคณะ (2003) มีกลวิธีดูแลโดยทีม สหวิชาชีพ อบรมญาติตามมาตรฐานการดูแลใน เรื่อง การรู้คิด การนอนหลับ การเคลื่อนไหว การ มองเห็น การได้ยิน ภาวะขาดน้ำ การศึกษาของ มาร์คาร์โดนิโอและคณะ (2001) ปรึกษาแพทย์ ผู้สูงอายุ 24 ชม.ก่อนผ่าตัดและทุกวัน.	อุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันศึกษา 2 เรื่อง อินยอและคณะ (1999) ลดอุบัติการณ์ได้ 40% มาร์คาร์โดนิโอและคณะ (2000) ลดอุบัติการณ์ 30% เวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันศึกษา 3 เรื่องอินยอและคณะ (1999) วันนอนในโรง พยาบาลกลุ่มทดลองน้อยกว่า ไม่ลิเซนและคณะ (2001) เวลาการเกิดกลุ่มทดลองน้อยกว่า มาร์คาร์ โดนิโอและคณะ (2001) จำนวนวันนอน ไม่แตก ต่างกันความรุนแรงพบ 5 เรื่องอินยอและคณะ (1999) โคลีและคณะ (1999,2000) ความรุนแรงไม่ ต่างกัน ไม่ลิเซนและคณะ (2001) มาร์คาร์โดนิโอ และคณะ (2001) ความรุนแรงลดลงในกลุ่มทดลอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันศึกษา 1 เรื่องวานิชและ คณะ (1992)พบว่าในกลุ่ม

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเสียปล้น (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
		หลังผ่าตัดมีรูปแบบการดูแลดังนี้ การได้รับออกซิเจน ความสมดุลน้ำและเกลือแร่ จัดการความปวด การ ใช้ยา การขับถ่าย สารอาหาร การเคลื่อนไหว การ ป้องกันและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดการ อาการเวียนศีรษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ 3 การศึกษาได้แก่ โคลิ และคณะ (1994, 2002) มีกลวิธีดังนี้ บริการแพทย์ผู้สูงอายุหรือจิตแพทย์ ผู้สูงอายุใน 24 ชม ประเมินผู้ป่วยทุกวัน พบทานการใช้ยา ปฏิบัติการตามคำแนะนำ มีการประชุมปรึกษาร่วมกับพยาบาลผู้ดูแล ไม่ลิเชนและคณะ (2001) คัดกรองอาการแสดงภาวะสับสนเสียปล้น ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้การดูแลในเรื่องการใช้ยา การจัดการความปวด ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะขาดน้ำ ความสมดุลกรดต่าง การติดเชื้อ ส่งพยาบาลผู้สูงอายุหรือจิตแพทย์ผู้สูงอายุ	ทดลองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้นมาก กว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาการรักษา ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม อัตราการเสียชีวิต ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม การนำไปใช้ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิด และการให้ความรู้แก่พยาบาลช่วยเพิ่ม การวินิจฉัยที่ถูกต้องลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 5 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปี ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย/ระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ศึกษา กิจกรรมที่ให้/วิธีดำเนินการ	ผลการศึกษาและ การนำไปใช้
14.Pikala, K.H., Laurila, J.V., Strandberg, T.E.& Tilvis, R.S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium.	RCT/A วัตถุประสงค์เพื่อทดสอบโปรแกรม Multicomponent geriatric intervention สามารถลดอัตราการ เสียชีวิตและการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะสับสนเฉียบพลันในสถานพยาบาล	กลุ่มตัวอย่างที่อายุ > 69 ปีที่หน่วยอายุรกรรม 174 ราย แบ่งเป็น 87 ราย เท่ากันกลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมดังนี้ การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันอย่าง ถูกต้องประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ หลีกเลี่ยงการให้ยาลดไข้ที่มีปฏิทิน จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา รูปภาพ มีกายภาพบำบัด มีกิจกรรมการดูแล ผู้สูงอายุโดยให้เคลเซียม และวิตามิน ดีให้ยา cholinesterase inhibitors ในผู้สูงอายุที่การรู้คิดไม่ดีขึ้น วางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์เช่นปรึกษา สังคมสงเคราะห์ ติดตามเยี่ยมบ้าน	ติดตามผลภายหลัง 1 ปีกลุ่มทดลอง มีความจำเป็นในการเข้ารับบริการ ในสถานพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 60.9 และร้อยละ 64.4 ตามลำดับ $p = 0.638$ การนำไปใช้ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการประเมินอย่างสมบูรณ์ หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มประสาท หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มประสาท จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกาและรูปภาพ ให้อาหารเสริม วิตามินดี วางแผนการ จำหน่าย และติดตามเยี่ยมเมื่อจำเป็น สามารถลดความต้องการการรักษาใน สถานพยาบาลแบบถาวรในกลุ่ม ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลจากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีการรายงานไว้ในช่วงปีค.ศ. 1997 - 2006 กลุ่มตัวอย่างเป็นหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย 14 เรื่องเป็นการศึกษาวิจัยในต่างประเทศทั้งหมดผลการวิเคราะห์แบ่งตามประเภทกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 3 ประเภทคือศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤติซึ่งผู้ป่วยแต่ละประเภทมีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน จากการทบทวนเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุนำเสนอตามหัวข้อดังนี้

4.1 คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย

4.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

4.2.1 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป

4.2.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

4.2.3 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤติ

4.1 คุณภาพของหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย

การทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่องเมื่อใช้เกณฑ์การประเมินงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (Evidence-based Medicine & Clinical Practice Guideline, 2544) สามารถแบ่งระดับความน่าเชื่อถือดังนี้

งานวิจัยระดับ A คือการศึกษาแบบ randomized controlled trial จำนวน 6 เรื่องแบ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมทั่วไป 4 เรื่อง (Cole et al., 2002 ; Lundstrom et al., 2005 ; Milisen et al., 2005 ; Pitkala et al., 2006) และศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่อง (Bitsch et al., 2004 ; Marcantonio et al., 2001)

งานวิจัยระดับ B คือการศึกษาแบบ non-randomized controlled trial จำนวน 5 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมทั่วไป 3 เรื่อง (Inouye et al., 1999, 2000; Tabet et al., 2005) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่อง (Lundstrom, Edlund, Lundstrom & Gustafson, 1999 ; Milisen et al., 2001)

งานวิจัยระดับ D ที่เป็นการเห็นพ้องกันโดยฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ (experts consensus) จำนวน 3 เรื่องศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมทั่วไป 1 เรื่อง (Flaherty et al., 2003) และศึกษาในผู้ป่วยหลังจากผ่านภาวะเฉียบพลัน 2 เรื่อง (Bergmann et al., 2005 ; Lyons, 2006)

4.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

การทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสามารถแบ่งตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มดังนี้คือ รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยทางอายุกรรมทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและผู้ป่วยสูงอายุหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งรูปแบบการป้องกันและจัดการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันดังต่อไปนี้

4.2.1 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุกรรมทั่วไป

หลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางอายุกรรมทั่วไปจำนวน 8 เรื่องสามารถจำแนกเป็นรูปแบบหรือกลวิธีการป้องกัน 3 เรื่อง (Inouye et al., 1999, 2000: Level B ; Tabet et al., 2005: Level B) และรูปแบบหรือกลวิธีการจัดการ 5 เรื่อง (Cole et al., 2002: level A ; Flaherty et al., 2003: Level D; Lundstrom et al., 2005: Level A; Milisen et al., 2005: Level A; Pitkala et al., 2006 : Level A) ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะประกอบไปด้วยวิธีการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากปัจจัย

เสี่ยงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในด้านต่างๆ และการจัดการโดยมีการจัดห้องให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่และญาติเพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ผลของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยนำเสนอต่อไปนี้

4.2.1.1 รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยมุ่งที่การบำบัดปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999, 2000: Level B) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากปัจจัยหลายอย่างที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งปัจจัยชักนำจากผู้ป่วยและผลจากการรักษาในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเมื่อจำนวนปัจจัยเสี่ยงมากดังนั้นจึงเป็นที่มาของกลวิธีในการบำบัดที่เรียกว่า Multicomponent intervention ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Elder life program) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับปัจจัยเสี่ยง 6 ประการของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่การพร่องการรู้คิด ปัญหาการนอนไม่หลับ การขาดการเคลื่อนไหว ความพร่องการได้ยิน ความพร่องการมองเห็น ภาวะขาดน้ำ มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยง เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ให้การดูแลปกติ ผลลัพธ์จากการวิจัยคืออุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ confusion assessment method (CAM) ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุโดยมุ่งจัดการและบำบัดปัจจัยเสี่ยงที่มีองค์ประกอบหลายอย่างสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.9 และ 15.0 ตามลำดับ $p = 0.02$) และจำนวนวันที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติเช่นเดียวกันรวมทั้งจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่าด้วย ($p = 0.02$ และ 0.03 ตามลำดับ) การศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันและเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิผลสูงสุดโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้น ความรุนแรงของอาการและอัตราการเกิดซ้ำไม่มีความแตกต่างกัน

4.2.1.2 รูปแบบการบำบัดรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นโปรแกรมการจัดการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มุ่งคัดกรองอย่างเป็นระบบและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Cole et al., 2002: Level A) เพื่อลดระยะเวลาการมีภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งวัดผลจากคะแนนสภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับและภายใน 24 ชั่วโมงของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการคัดกรองค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันใน 1 สัปดาห์หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยใช้เครื่องมือ CAM (Inouye, 1990) ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีการปรึกษาและติดตามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือ

จิตแพทย์รวมทั้งมีพยาบาลติดตามตลอดระยะเวลา ที่อยู่ในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะ ค้นหาปัจจัยเหนี่ยวนำหรือปัจจัยเดิม ปัจจัยชักนำและปัจจัยที่พบเสมอๆ ในผู้ที่มีภาวะสับสน เฉียบพลันและให้ข้อแนะนำพร้อมทั้งจัดบันทึกสภาพจิตโดยใช้แบบฟอร์มขนาดสั้น ติดตามความ สมบูรณ์ของรายงานการให้การปรึกษาและช่วยให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของที่ปรึกษาและการ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ สำหรับพยาบาลจะติดตามดูแลผู้ป่วยทุกวันเป็นระยะ 5 วันต่อ สัปดาห์ นอกจากนั้นพยาบาลยังทำหน้าที่ประสานงานกับพยาบาลเจ้าของไข้และครอบครัวของ ผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพประชุมร่วมกันเป็นประจำเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล 8-10 ราย เพื่อปรึกษาร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องการ จัดการปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลันนำเสนอในรายที่น่าสนใจ สำหรับกลุ่มที่ให้การดูแลปกติ ดำเนินการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลซึ่งสามารถส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุและจิตแพทย์ได้แต่ไม่ได้ปรึกษาอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันแรกรับ ร้อยละ 12.6 สำหรับอุบัติการณ์ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 3.3 อัตราการฟื้นหายของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 48 และ 45 ตามลำดับ) คือ 36 วันเท่ากันทั้ง สองกลุ่ม

4.2.1.3 รูปแบบใหม่ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยจัด ห้องพักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium room: DR) (Flaherty et al.,2003: level D) ห้องพักเฉพาะนี้เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบสห สาขาวิชาชีพ โดยมีกลวิธีดังนี้คือ เริ่มตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วยใหม่จากห้องฉุกเฉินหรือหน่วยอื่น ไว้ในห้องพักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ รับผู้ป่วยไว้ในห้องพัก การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบบูรณาการ มีการประชุมร่วมกันของทีม 5 วันต่อ สัปดาห์ พยาบาลประเมินสภาพจิตผู้ป่วยทุกวันเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้ความสำคัญต่อ การค้นหาอาการ ตั้งแต่ระยะแรกๆและพยาบาลมีการพัฒนาข้อกำหนดการดูแลที่เน้นหลักเลี่ยงการ ใช้ยา การผูกมัด มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม จัดประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลและศึกษาติดตาม ข้อมูลย้อนหลัง พยาบาลทุกคนจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในห้อง DR เฉลี่ยเดือนละ 2 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พักในห้องพักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มี ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเท่ากับเวลามาตรฐานของ diagnostic related group (DRG) เพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้จำนวนบุคลากรเท่าเดิมสามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ได้เนื่องจากใช้บุคลากรเดิมที่มีอยู่แล้ว

4.2.1.4 โปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต (Lundstrom et al., 2005: Level A) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปวิธีวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มดูแลตามปกติกลุ่มละ 200 ราย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันแรกของการพักในโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินสภาพจิตใจในวันที่ 1, 3 และ 7 ลักษณะของโปรแกรมเป็น multifactorial intervention ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้โดยการจัดฝึกอบรมบุคลากรเป็นเวลา 2 วันมีเนื้อหาการอบรมมุ่งที่การประเมิน ป้องกันและรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดระบบการพยาบาลและการดูแลที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลเป็นรายบุคคลและสุดท้ายมีการติดตามช่วยเหลือโดยการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งเกี่ยวกับปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 7 ของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 30.2 และ 59.7 ตามลำดับ $p = .001$) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (9.4 ± 8.2 และ 13.4 ± 12.5 วัน) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในวันแรกของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติเช่นเดียวกัน (10.8 ± 8.3 และ 20.5 ± 17.2 วัน ; $p < .001$) ส่วนอัตราการตายในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 14.5 ตามลำดับ $p = .03$)

4.2.1.5 รูปแบบการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่เพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน และเพิ่มความสามารถในการค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลัน (Tabet et al., 2005 : Level B) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป พักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 2 หอผู้ป่วย แบ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามปกติและหอผู้ป่วยทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงที่มีอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย ลักษณะของหอผู้ป่วยทั้งสองแห่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อศึกษาอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันและการติดตามทบทวนแบบบันทึกการรักษาและการพยาบาลในเรื่องการค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลัน หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามปกติจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของทางโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มทดลองมีการให้ความรู้แก่บุคลากร ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ความหมาย สาเหตุ

การเกิด ระบาดวิทยา อาการและผลลัพธ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การจัดการปัจจัยเสี่ยง ปฏิบัติการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกตลอดจนการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในเรื่องจัดการสิ่งแวดล้อม การพยาบาล การค้นหาสาเหตุและจัดการสาเหตุ การควบคุมอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันให้แก่เจ้าหน้าที่และมีการประชุมกลุ่มย่อยในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งวางแผนในการจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.15$)

4.2.1.6 การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Milisen et al., 2005: level A) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและประสิทธิภาพของกลวิธีในการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งเป็น multicomponent intervention ทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็นกลวิธีเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน 4 เรื่อง (Bogardus et al., 2003: Level B; Inouye et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Wanich et al., 1992: Level B) และกลวิธีในการบำบัดรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 เรื่อง (Cole et al., 1994, 2002: Level A; Milisen et al., 2001: Level B) การศึกษาครั้งนี้เพื่อทบทวนโปรแกรมการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นกลวิธีหลายองค์ประกอบ (multicomponent intervention strategies) และศึกษาประสิทธิภาพของกลวิธีต่างๆ ต่ออุบัติการณ์ ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรง ความสามารถในการทำหน้าที่ ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลและอัตราตาย การศึกษาเกือบทั้งหมดคือ 6 การศึกษาใช้เครื่องมือ CAM วัดภาวะสับสนเฉียบพลันอีก 1 เรื่องใช้เกณฑ์ของ DSM III และเป็นการศึกษาก่อนการพัฒนาเครื่องมือ CAM ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของ โปรแกรมการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งเป็นการป้องกันและการจัดการ การป้องกันมี 3 เรื่องและการรักษามี 3 เรื่องการป้องกันประกอบด้วยการศึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง การใช้แผนการดูแลมาตรฐาน 10 ประการ มาร์การ์โดนิโอและคณะ (Marcantonio et al., 2001) สำหรับการรักษาของวานิชและคณะ (Wanich et al., 1992) มีการประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทุกวัน การให้ความรู้แก่พยาบาลและประสานความร่วมมือกับพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลรวมทั้งวางแผนการจำหน่ายและโปรแกรมของอินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1999) ใช้แผนการดูแลที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง 6 ประการส่วนโปรแกรมการรักษาเป็นการศึกษาของโคลี่และคณะ (Cole et al. 1994, 2002) ที่ติดตาม

ความชุกและอุบัติการณ์สำหรับกลวิธีที่ใช้คือ การทำงานเป็นทีม การประชุมปรึกษา รวมทั้งการประเมิน ส่วนการศึกษาของ ไมลิเซนและคณะ (Milisen et al., 2001) เป็นการค้นหาผู้ป่วย การปรึกษาแผนการบำบัด การประเมินสาเหตุและการมีพยาบาลทำหน้าที่ดูแลโดยตรงและปรึกษาพยาบาลผู้มีความรู้และเป็นแหล่งประโยชน์ รวมทั้งการใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเป็นโปรแกรมการป้องกันซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.1.7 รูปแบบการจัดการที่อาศัยองค์ประกอบหลายด้านในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Pitkala et al., 2006: Level A) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีอายุตั้งแต่ 69 ปี จำนวน 174 รายสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มดูแลตามปกติอย่างละ 87 ราย กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินอย่างสมบูรณ์แบบ หลีกเลียงการใช้ยาจิตเวช กระตุ้นการรู้คิด การปรึกษากายภาพบำบัด กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้เคล็ดเยี่ยมและวิตามินดีเพื่อป้องกันกระดูกพรุน ให้ยา cholinesterase inhibitors ในผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการรู้คิดจากการประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือตรวจสอบสภาพจิตฉบับสั้น และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดและผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 ปี ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเสียชีวิตและเข้าพักในบ้านพักผู้สูงอายุอย่างถาวร ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ (ร้อยละ 60.9 และ 64.4 ตามลำดับ $p = 0.638$) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มดูแลตามปกติเข้าพักในบ้านพักผู้สูงอายุเฉลี่ย 126 วันและ 140 วันตามลำดับซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .688$) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้นในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลและการรู้คิดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลา 6 เดือน

โดยสรุปรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปนั้นแบ่งเป็นการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 เรื่องและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน 5 เรื่องโดยกลวิธีในการป้องกันเน้นที่การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย ดังนั้นวิธีการป้องกันจึงมุ่งที่การปฏิบัติหลายด้าน ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีโปรแกรมให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้ดูแล กลวิธีในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันจะทำงานร่วมกับกลวิธีในการป้องกัน นอกจากนั้นมีการจัดห้องพักให้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หลีกเลียงการใช้ยานอนหลับ การผูกมัด ป้องกันกระดูกสะโพกโดยการให้เคล็ดเยี่ยมและวิตามินดีและมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบหากมีอาการรุนแรงก็จะพิจารณาให้ยาระงับอาการ จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่าสามารถที่จะลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Inouye et al., 1999, 2000: Level B) และสามารถลดอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tabet et al., 2005: Level B) ส่วนรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมนั้นอุบัติการณ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม (Cole et al., 2002: Level A) ส่วนอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lundstrom et al., 2005: Level A)

4.2.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก

จากการทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกพบทั้งหมด 4 เรื่อง (Bitsch et al., 2004: Level A; Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B) ผลการทบทวนนำเสนอต่อไปนี้

4.2.2.1 การจัดระบบการพยาบาลและการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันและพัฒนาการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา (Lundstrom et al., 1999: Level B) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุผ่าตัดส่วนคอของกระดูกต้นขาจำนวน 49 รายซึ่งรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือโรบิติกส์เป็นนักศึกษาในประเทศสวีเดน กลุ่มทดลองมีการดูแลร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์สาขาออร์โธปิดิกส์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินสภาพจิตในช่วงก่อนและหลังผ่าตัดในวันที่ 1 และ 7 โดยใช้เครื่องมือ organic brain syndrome scale และได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ DSM-III-R กลุ่มทดลองจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้คือ จัดโปรแกรมการศึกษาแก่บุคลากร การประสานความร่วมมือกันระหว่างศัลยแพทย์สาขาออร์โธปิดิกส์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและวางแผนการฟื้นฟูสภาพปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันผลลัพธ์ที่ศึกษาคืออุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองเกิดร้อยละ 31 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 61 และ 48 ตามลำดับซึ่งการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.2.2 รูปแบบการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกเพื่อลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Marcantonio et al., 2001: Level A) กลุ่มตัวอย่างอายุ ≥ 65 ปีรับ

ไว้รักษาในหอผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อกระดูกสะโพกจำนวน 126 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 รายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 64 ราย ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนเกิดกระดูกหัก ความสามารถในการรู้คิดก่อนและหลังกระดูกหัก ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันและวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ CAM จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการดูแลเชิงรุก มีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดหรือภายใน 24 ชั่วโมงของการผ่าตัด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะเยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุกวันในระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล มีการให้คำปรึกษาประกอบด้วยปัญหาสำคัญ 10 ประการและกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลดังนี้ การดูแลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอโดยการให้ออกซิเจน รักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ จัดการความปวดอย่างเหมาะสม ทบทวนการได้รับยา งดยาที่ไม่จำเป็นคือยาในกลุ่ม benzodiazepines, anticholinergic, antihistamine ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ กระตุ้นการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสภาพ โดยให้ลุกจากเตียงภายในหลังผ่าตัด 1 วัน พยาบาลกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้ มีนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดให้การดูแลร่วมด้วย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดอักเสบ ภาวะเส้นเลือดอุดตันจากลิ่มเลือด ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เช่น จัดหาแว่นตาและเครื่องช่วยฟัง จัดสิ่งแวดล้อมที่มีนาฬิกาและปฏิทิน รักษาอาการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการค้นหาสาเหตุพิจารณาให้ยาควบคุมอาการ รุนแรงตามความจำเป็นรวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองร้อยละ 32 กลุ่มดูแลตามปกติร้อยละ 50 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .04$ ความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองร้อยละ 12 กลุ่มดูแลตามปกติร้อยละ 29 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .02$ ส่วนระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล การเข้าพักรักษาในสถานบริบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและภาวะสับสนเฉียบพลันหลังจำหน่ายทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

4.2.2.3 โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Milisen et al., 2001: Level B) โดยพยาบาลเป็นผู้นำทีมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีที่มีกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 2 หอผู้ป่วยและได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง เกณฑ์คัดออกคือผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายแห่ง สมองได้รับการกระทบกระเทือน กระดูกหักจากพยาธิสภาพของโรคและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่า 72 ชั่วโมง มีความบกพร่องในการสื่อสารการมองเห็น การได้ยินและระดับ

การศึกษาน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองอย่างละเท่าๆกันกลุ่มละ 60 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ CAM ประเมินการรู้คิดโดยใช้เครื่องมือตรวจสภาพจิตฉบับสั้นและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มดูแลตามปกติได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการศึกษาและคัดกรองอย่างเป็นระบบในเรื่องการค้นหาและวินิจฉัยรักษาสภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่วินิจฉัยครั้งแรก ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม จัดทำโปสเตอร์ปิดไว้ในหอผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นเตือนและการเรียนรู้ ประกอบด้วยเรื่องอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันตามข้อบ่งชี้ของ CAM มีการคัดกรองอย่างเป็นระบบใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ฝึกการใช้เครื่องมือ NEECHAM confusion scale ที่เหมาะสมต่อการประเมินผู้ป่วย จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ อัตราค่าจ้างของพยาบาลเวรเช้าอยู่ในช่วง 1: 6 - 1: 8 เวรบ่าย 1: 9 - 1: 10 และเวรดึก 1: 28 - 2: 28 มีระบบให้คำปรึกษาแนะนำโดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium resource nurse) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (20% และ 23.3% ตามลำดับ $p = .82$) แต่ระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ ($p = .03$) และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0049$)

4.2.2.4 ทบทวนวิธีการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก (Bitsch et al., 2004: level A) จากการทบทวนพบว่ามีการวิจัยทั้งหมด 4 เรื่อง (Gustafson et al., 1991: level A; Lundstrom et al., 1999: level B; Milisen et al., 2001: level B; Marcantonio et al., 2001: level A) จากการวิเคราะห์งานวิจัยของกัสตาซันและคณะ (Gustafson et al., 1991: level A) เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยตั้งแต่วันที่พักในโรงพยาบาลจนถึงวันแรกหลังผ่าตัด การให้สารน้ำชนิด crystalloids รักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้จากร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 48 การศึกษาของ เลาน์สตรอมและคณะ (Lundstrom et al., 1999: level B) มุ่งที่การดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์มีการป้องกันภาวะขาดออกซิเจน ฟันฟูสภาพโดยเร็ว ผลการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะ

สับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาร้อยละ 31 และร้อยละ 61, 48 ตามลำดับ การศึกษาของไมลิเซนและคณะ (Milisen et al., 2001 : level B) เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีมมีการปรับระบบการดูแลใหม่ ผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่แตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ดูแลตามปกติแต่สามารถลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและความรุนแรงได้และการศึกษาของมาร์การ์โดนีโอและคณะ (Marcantonio et al., 2001: level A) เป็นการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

โดยสรุปเนื่องจากภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ซึ่งสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ในระยะแรกทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง ซึ่งวิธีการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัดจึงเริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นโปรแกรมการป้องกันที่ประสานความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ เช่น ศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพยาบาล มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงในช่วงก่อนการผ่าตัด เช่นกลุ่มสูงอายุมาก ภาวะสมองเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วยที่มีโรคหลายโรค การได้รับยา anticholinergic ปัจจัยเสี่ยงในระหว่างผ่าตัด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน การได้รับยาก่อนผ่าตัดบางชนิดและปัจจัยเสี่ยงภายหลังผ่าตัดได้แก่ ความเจ็บปวด การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย ภาวะความสมดุลของเกลือแร่ ซึ่งพยาบาลควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gustafson et al., 1991: level A; Lundstrom et al., 1999: level; Marcantonio et al., 2001: level A) และสามารถลดช่วงระยะการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Milisen et al., 2001: Level B)

4.2.3 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤต

จากการทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการพบ 2 เรื่อง (Bergmann et al., 2005: Level D; Lyons, 2006 : Level D) เป็นรูปแบบการป้องกันและจัดการผู้สูงอายุที่ยังคงมีภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ภายหลังพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วหรืออาจจะกลับมาเป็นอีกครั้งดังนั้นจึงมีทั้งวิธีการป้องกันและวิธีการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันนำเสนอผลการทบทวนดังนี้

4.2.3.1 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่านภาวะเฉียบพลัน (Bergmann et al., 2005: Level D) เป็นรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่

พัฒนาขึ้นโดยพยาบาลมีกลวิธีดังนี้คือรูปแบบการดูแลภายหลังผ่านภาวะเจ็บป่วยทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรมเช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดอักเสบและกระดูกสะโพกหักโปรแกรมนี้พัฒนามาจากรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังกระดูกสะโพกหักที่เรียกว่า Delirium Abatement Program (DAP) ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมย่อย 4 ส่วนคือ มาตรฐานการคัดกรองอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันเมื่อเข้าพักที่หน่วยดูแลภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประเมินและให้การบำบัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของภาวะสับสนเฉียบพลัน พื้นฟูสภาพการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ รูปแบบการดูแลโปรแกรม DAP นี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้เนื่องจากโครงการนี้ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการใช้บุคลากรที่มีอยู่ภายในหอผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมพร้อมกับงานที่ปฏิบัติประจำ

4.2.3.2 รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่านภาวะเฉียบพลัน (Lyons, 2006: Level D) โดยมีรูปแบบการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการในเรื่องการส่งเสริมให้มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและจัดกิจกรรมที่มีการกระตุ้นการรับรู้ จัดให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดหาแว่นตาและเครื่องช่วยฟัง ป้องกันภาวะขาดน้ำ และรูปแบบการจัดการโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย การค้นหาและจัดการสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง แก้อาการรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งยังขาดงานวิจัยที่มาสสนับสนุนในเรื่องนี้แต่จากการศึกษาของ McCusker และคณะ (2001) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลกับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า การให้ข้อมูลในการรักษาเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่และบุคคลตลอดจนการสนับสนุนในเรื่องการรับรู้ของระบบประสาทในเรื่องการมองเห็นและการได้ยินสามารถลดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันได้

สรุปจากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุตั้งแต่ปีค.ศ. 1997-2006 พบว่าสามารถแยกได้ตามลักษณะของผู้ป่วยเป็น 3 ลักษณะคือผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และผู้ป่วยหลังภาวะเฉียบพลันซึ่งจะมีรูปแบบการดูแลที่เน้นกลวิธีที่ต่างกัน เช่นในผู้ป่วยอายุรกรรมจะเน้นเรื่องการประเมินค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่ในระยะแรกและจัดการดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย เช่น สภาพการนอนที่แปรปรวน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สภาพการมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้น รูปแบบการป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมจึงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ส่วนในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกจะมีกลวิธีที่คล้ายกันแต่จะเน้นการจัดการกับความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยประเภทนี้ และในผู้ป่วยหลัง

ภาวะเจ็บพลันซึ่งพบเพียง 2 การศึกษาพบว่ามีการดูแลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับอายุรกรรมโดยการประเมินปัจจัยเสี่ยง 6 ด้านและรูปแบบการบำบัดโดยมุ่งที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย การค้นหาสาเหตุของภาวะสับสนเจ็บพลันและปัจจัยเสี่ยง แก่ไขอาการแสดงของภาวะสับสนเจ็บพลัน ผลที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อเป็นแนวการปฏิบัติในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเจ็บพลันต่อไป ผลจากการทบทวนโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเจ็บพลันที่อาศัยองค์ประกอบหลายด้านแสดงในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 สรุปโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเจ็บพลันในการจัดการปัจจัยหลายด้าน

การศึกษา	แบบงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ชนิดของโปรแกรม	วิธีการปฏิบัติ
Inouye et al., 1999, 2000	case matched controlled trial	กลุ่มทดลอง = 426 กลุ่มควบคุม = 426 อายุรกรรมทั่วไป อายุ > 70 ปี	การป้องกัน	รูปแบบที่มุ่งป้องกันและบำบัดปัจจัยเสี่ยง 6 ประการและประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและมีการให้ความรู้แก่บุคลากรและอาสาสมัคร
Lundstrom et al., 1999	controlled trial	ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลอง = 49 อายุเฉลี่ย = 80 ปี	การป้องกัน	ให้การศึกษาแก่บุคลากรประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ออร์โธปิดิกส์กับพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอบรมการดูแลรายบุคคลฟื้นฟูสภาพตั้งแต่แรก ส่งเสริมการรับรู้ดูแลโภชนาการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน
Marcantonio et al., 2001	RCT	ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลอง = 62 กลุ่มควบคุม = 64 อายุ > 65 ปี	การป้องกัน	โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำปรึกษาในเชิงรุกป้องกันปัจจัยเสี่ยง 10 ประการดังนี้ ความเพียงพอของออกซิเจน ความสมดุลเกลือแร่, ความปวด การให้ยา, หน้าทีระบับขับถ่าย โภชนาการ, การเคลื่อนไหว ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนและอาการสับสนเจ็บพลัน

ตารางที่ 6 สรุปโปรแกรมการป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการจัดการปัจจัย
หลายด้าน (ต่อ)

การศึกษา	แบบงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ชนิดของโปรแกรม	วิธีการปฏิบัติ
Milisen et al., 2001	Before and after	ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลอง = 60 กลุ่มควบคุม = 60 อายุเฉลี่ย = 81 ปี	การป้องกัน	รูปแบบการดูแลเป็นทีมสห วิชาชีพให้ความรู้แก่พยาบาล ประเมินการรับรู้อย่างเป็น ระบบ มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลผู้สูงอายุและแพทย์ ผู้สูงอายุ บริการให้คำปรึกษา มีการจัดการความปวดอย่าง เหมาะสม
Cole et al., 2002	RCT	อายุรกรรมทั่วไป กลุ่มทดลอง = 113 กลุ่มควบคุม = 114 อายุ > 65 ปี	การจัดการ	มีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือ จิตแพทย์ใน 24 ชั่วโมงหลังรับ ไว้ในโรงพยาบาล พยาบาล ติดตามการปฏิบัติตาม คำแนะนำ โดยเยี่ยมทุกวัน ประสานงานกับพยาบาล เจ้าของไข้และญาติเกี่ยวกับ ปัญหาการดูแล
Lunstrom et al., 2005	RCT	อายุรกรรมทั่วไป กลุ่มทดลอง = 200 กลุ่มควบคุม = 200 อายุ > 70 ปี	การจัดการ	การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสน เฉียบพลัน มุ่งเรื่องปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางจัดประชุมกลุ่มเดือน ละครั้ง
Tabet et al., 2005	single blind case-control	อายุรกรรมทั่วไป กลุ่มทดลอง = 122 กลุ่มควบคุม = 128 อายุ > 70 ปี	การป้องกัน	ให้ความรู้เรื่องภาวะสับสนเฉียบ พลันแก่บุคลากร มีแนวปฏิบัติ ในการป้องกันและจัดการภาวะ สับสนเฉียบพลัน ประชุมกลุ่ม ระหว่างปฏิบัติวางแผนจำหน่าย

ตารางที่ 6 สรุปโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในการจัดการปัจจัยหลายด้าน (ต่อ)

การศึกษา	แบบงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ชนิดของโปรแกรม	วิธีการปฏิบัติ
Pitkala et al., 2006	RCT	อายุรกรรมทั่วไป กลุ่มทดลอง = 87 กลุ่มควบคุม = 87 อายุเฉลี่ย = 83 ปี	การจัดการ	ประเมินผู้สูงอายุแบบ สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงยาจิตเวช ส่งเสริมการรับรู้ ให้แคลเซียม และวิตามินดี ให้ยา cholinesterase inhibitors ร่วมกันวางแผน จำหน่ายในทีมสหวิชาชีพ

บทที่ 5

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อทบทวน หลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลที่ได้คือหลักฐานที่เชื่อถือได้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มต่างๆ โดยอภิปรายตามลำดับดังนี้

- 5.1 คุณภาพและความเพียงพอของหลักฐานงานวิจัย
- 5.2 รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 5.3 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

5.1 คุณภาพและความเพียงพอของหลักฐานงานวิจัย

ในการศึกษานี้มีหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการทั้งหมด 14 เรื่องแบ่งเป็นงานวิจัย 11 เรื่องและบทความทางวิชาการ 3 เรื่อง ที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลแบ่งระดับความสำคัญตามเกณฑ์การแบ่งของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2544 ได้เป็น Level A จำนวน 6 เรื่อง Level B จำนวน 5 เรื่อง Level D จำนวน 3 เรื่อง จะเห็นว่างานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A และระดับ B เป็นส่วนใหญ่ซึ่งงานวิจัยเหล่านั้นจะเป็นงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและไม่สุ่มเข้ากลุ่มสำหรับงานวิจัยที่ไม่ได้สุ่มเข้ากลุ่มมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ individual matching และเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Inouye et al, 1999) นับว่าเป็นหลักฐานงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดถึง 852 ราย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการติดตามการปฏิบัติตามแผนในกลุ่มทดลองซึ่งมีอัตราการปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 87 รวมทั้งกลวิธีที่มุ่งจัดการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยที่ทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ในแต่ละการศึกษามีความตรงและความเที่ยงสูงอาศัยคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติของจิต (APA, 2000)

5.2 รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์หลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการทั้ง 14 เรื่องที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งรูปแบบการป้องกันยังแบ่งเป็นการป้องกันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) และผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพก (Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B)

โปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมนั้นได้พัฒนาขึ้นจากการพบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Francis et al., 1990) ต่อมา อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1994) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็นปัจจัยเดิม และปัจจัยชักนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากพักรักษาในโรงพยาบาลและมีการศึกษาถึงปัจจัยในการทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและนำมาสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999, 2000) ได้แก่การพร่องความรู้คิด ปัญหาการนอนไม่หลับ การขาดการเคลื่อนไหว ความพร่องการได้ยินและการมองเห็น ภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Individual matching จึงทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ ($n = 852$) ตลอดจนมีการติดตามผลการปฏิบัติตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมทั้งมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงและสภาพจิตทุกวันและร่วมกันดูแลโดยทีมสหวิชาชีพจากรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวจะเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสหวิชาชีพมีบทบาทอิสระในการประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบรวมทั้งปฏิบัติการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นและติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงทำให้รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมีประสิทธิภาพสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันได้ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นเยี่ยม

ต่อมาได้มีการศึกษาของ Tabet และคณะ (2005) โดยมีรูปแบบการให้การศึกษากับบุคลากรเพื่อเพิ่มความตระหนักและวินิจัยภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งจากการศึกษาของ Inouye และคณะ (1999) พบว่าผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจัยมีถึงร้อยละ 32-67 และหลังจากให้การศึกษากับแพทย์และพยาบาลแล้ว สามารถลดอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันและเพิ่มการวินิจัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดยเนื้อหาของการศึกษาที่เรียนนั้นก็จะมียุทธศาสตร์ในการป้องกันและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงรวมอยู่ด้วยเช่นกันซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ

อินอยล์และคณะ(Inouye et al., 1999,2000) รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกจะมีวิธีการที่เพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกนั้นมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงทำให้อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกมีมากถึงร้อยละ 15-53 (Agostini et al.,2003) ดังนั้นรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุก่อนหน้านี้ นอกจากจะต้องป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999) แล้วยังเพิ่มกลวิธีในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงภายหลังผ่าตัดเป็น 10 ประการ (Marcantonio et al., 2001) คือ การดูแลออกซิเจนให้เพียงพอ การจัดการความปวด ทบทวนการได้รับยา ดูแลเรื่องการขับถ่าย ให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รักษาอาการภาวะสับสนเฉียบพลันจะเห็นว่ากลวิธีที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นการป้องกันปัจจัยที่เกิดจากการผ่าตัดทั้งสิ้น นอกจากนั้นในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกยังมีโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาโดยพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลภายในวิชาชีพ (Milisen et al., 2001) มีการให้การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การคัดกรองอย่างเป็นระบบ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบให้คำปรึกษาโดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันตามลำดับขั้นและมีโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวจะพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดสะโพกจะมีกลวิธีเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไปโดยเน้นที่ปัจจัยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดคือปัจจัยเสี่ยง 6 ประการและเพิ่มการป้องกันปัจจัยภายหลังการผ่าตัดด้วยจะเห็นว่ารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดสะโพกนั้นสามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันลดได้ (Marcantonio et al., 2001 ; Milisen et al., 2001)

5.3 รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เป็นการจัดการในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไปจำนวน 4 เรื่อง (Cole et al., 2002; Flaherty et al., 2003; Lunstrom et al., 2005; Pitkala et al., 2006) และศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่านภาวะเฉียบพลัน 2 เรื่อง (Bergmann et al., 2005; Lyons,2006) โดยกลวิธีในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมจะมีลักษณะของวิธีการที่ร่วมกับการป้องกันในเรื่องการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันแก่บุคลากร ส่วนกลวิธีการจัดการในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านภาวะเฉียบพลันนั้นมีกลวิธีดังนี้ มีมาตรฐานการคัดกรองภาวะสับสน

เฉียบพลัน ประเมินและให้การบำบัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนของภาวะสับสนเฉียบพลัน พื้นฟูสภาพการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่จากการศึกษาผลของการจัดการพบว่าประสิทธิภาพน้อยกว่ารูปแบบการป้องกันเช่นในการศึกษาของโคลีและคณะ (cole et al., 2002) ผลการศึกษาอัตราการฟื้นหายของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสมองเสื่อมก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล จึงทำให้ตอบสนองต่อรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยและมาตรฐานการดูแลในกลุ่มให้การดูแลตามปกติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองรวมทั้งบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มเป็นทีมเดียวกัน จากการทบทวนพบว่าผลของกลวิธีในการจัดการจะลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและความรุนแรงตลอดจนระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล

ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลพบว่า รูปแบบการป้องกันสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ องค์ประกอบของการป้องกันมีหลายองค์ประกอบได้แก่กลวิธีมุ่งการป้องกันปัจจัยเสี่ยงกำหนดมาตรฐานการดูแล การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรรวมทั้งการประชุมปรึกษาในทุกโปรแกรมจะพบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งพยาบาลที่ดูแลโดยตรง พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแหล่งประโยชน์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกรวมทั้งพยาบาลที่เป็นผู้นำในการพัฒนาโปรแกรม ถึงแม้ว่ารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันไม่อาจป้องกันการเกิดได้ทั้งหมดเนื่องจากยังมีปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น การอักเสบ การติดเชื้อ แต่หากมีการตระหนักในปัญหาและให้การวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 30 - 40 (Inouye et al., 2006) และกลวิธีต่างๆ จะช่วยในการลดความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้พร้อมทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิต นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยังเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลดังนั้นหากสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ ย่อมหมายถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพนั่นเอง

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อทบทวนความรู้จากหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ศึกษาจากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการในช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปีค.ศ. 1997 – 2006 ผลการทบทวนได้หลักฐานงานวิจัยจำนวน 11 เรื่องและบทความทางวิชาการ 3 เรื่องซึ่งเป็นงานจากต่างประเทศทั้งหมด งานวิจัยที่นำมาศึกษาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เป็น randomization control trial (ระดับ A) จำนวน 6 เรื่องแบ่ง เป็นการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 4 เรื่องและศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่ได้ทำการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (non-randomized controlled trial ระดับ B) จำนวน 5 เรื่องแบ่งเป็น ศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 3 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่อง ไม่พบงานวิจัยในระดับ C และพบบทความทางวิชาการที่เป็นการเห็นพ้องกันของผู้เชี่ยวชาญ (expertis consensus ระดับ D) จำนวน 3 เรื่องเป็น การศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 1 เรื่องและศึกษาในผู้ป่วยหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน 2 เรื่อง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3103 รายซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากพอและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรผู้สูงอายุได้

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลแบ่งตามลักษณะความเจ็บป่วยได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม ทั่วไป แบ่งเป็นรูปแบบการป้องกัน 3 เรื่อง (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) และรูปแบบหรือกลวิธีการจัดการ 5 เรื่อง (Cole et al., 2002: level A; Flaherty et al., 2003: Level D; Lundstrom et al., 2005: Level A; Milisen et al., 2005: Level A; Pitkala et al., 2006: Level A) โดยรูปแบบการป้องกันจะมีประสิทธิภาพมากจะมุ่งเน้นในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ ตลอดจนการเพิ่มความตระหนักและการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันโดยวิธีการให้การศึกษา ส่วนรูปแบบการจัดการนั้น มุ่งเน้นที่การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดห้องพักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดระบบการดูแลและการจัดการที่อาศัยองค์ประกอบหลายด้าน

2. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูก สะโพกแบ่งเป็นรูปแบบการป้องกัน 3 เรื่อง (Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B) และการทบทวนอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง (Bitsch et al., 2004: Level A) รูปแบบการป้องกันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกนั้นนอกจากจะป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยสูงอายุ ในทางอายุรกรรมแล้ว ต้องเพิ่มการป้องกันปัจจัยเสี่ยงภายหลังผ่าตัด รวมด้วย มีการ ปรับปรุงระบบการดูแลโดยให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน จัดอัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ เกี่ยวกับภาวะสับสน เฉียบพลัน (delirium resource nurse) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน สูงอายุหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและมีโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

3. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่านภาวะ เจ็บป่วย เฉียบพลันพบ 2 เรื่องแบ่งเป็นรูปแบบการป้องกันและจัดการ (Lyons, 2006: Level D) และรูปแบบการ จัดการ (Bergmann et al., 2005: Level D) รูปแบบการป้องกันและจัดการนั้นมีกลวิธีคือป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการและการจัดการโดย เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย การค้นหาและจัดการสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง แก่ไข อาการรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนรูปแบบการจัดการประกอบไปด้วย โปรแกรมย่อย 4 ส่วนคือ มาตรฐานการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน ป้องกันและ จัดการภาวะแทรกซ้อนของภาวะสับสนเฉียบพลัน พื้นฟูสภาพการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติ หน้าที่

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะ สับสนเฉียบพลันพบว่าโปรแกรมการป้องกันมีความสำคัญมากและสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะ สับสนเฉียบพลันได้นอกจากนั้นพบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมและมีงานวิจัยเรื่องที่พยาบาล เป็นผู้นำทีมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก

2. จัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินปัจจัยเสี่ยงและจัด โครงการเพื่อนำรูปแบบการป้องกันและจัดการไปใช้ในการปฏิบัติแก่พยาบาลทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่ม คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

3. พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

4. กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ เข้ารับการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลและเป็นการ

กระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักในปัญหาตั้งแต่ระยะแรกและเพิ่มการวินิจฉัยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

6.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

1. หลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีน้อยดังนั้นกลวิธีในการป้องกันดังกล่าวยังต้องการผลงานวิจัยมาสนับสนุน

2. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลใช้ได้เฉพาะกลุ่มที่เกิดจากสาเหตุความเจ็บป่วยส่วนที่เกิดจากสาเหตุอื่นอาจไม่เหมาะสม

6.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรที่จะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มในรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ และเพิ่มคุณภาพในการดูแล

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายในประเทศเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันซึ่งจะทำให้รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย

4. ควรศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

THE MODEL OF PREVENTION AND MANAGEMENT OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

นุชยา เลียบทวี 4837030 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการปริกษาสารนิพนธ์: ประคอง อินทรสมบัติ, คม. (การบริหารการพยาบาล)

สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันและองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997- 2006 จำนวน 14 เรื่องเป็นงานวิจัย Randomized controlled trial (ระดับ A) จำนวน 6 เรื่องงานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่ได้ทำการสุ่ม (ระดับ B) จำนวน 5 เรื่องและบทความทางวิชาการจากคณะผู้เชี่ยวชาญ (ระดับD) จำนวน 3 เรื่อง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จัดกลุ่มได้ 3 รูปแบบได้แก่ 1) การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป 2) การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกระโภก และ 3) รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่ารูปแบบการป้องกันมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นรูปแบบที่มุ่งป้องกันและจัดการกับปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้แก่บุคลากร การปฏิบัติงานเป็นทีมสหสาขาวิชา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้มีการให้คำปรึกษาระหว่างสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะระหว่างศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลที่ปริกษาภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลา และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก และผู้ป่วยหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรนำรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวไปพัฒนาเป็นแนวการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการนำของการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลการเกิดอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 6-56 (Inouye, 1998) ซึ่งแตกต่างกันสูงเนื่องจากปัจจัยทางด้านความเจ็บป่วยและเครื่องมือประเมิน ผลที่ตามมาจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเสื่อมลงต้องพึ่งญาติผู้ดูแล อัตราการป่วย อัตราตาย ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Inouye, 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องการการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากผู้ดูแลต่อเนื่องไปที่บ้านทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) ได้นิยามและพัฒนาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้คือมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลงจดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่น การสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆลงๆในช่วงแต่ละวัน มีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ของการดูแลและใช้ประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการในผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถป้องกันได้โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและค้นหาสาเหตุให้ได้ในระยะแรก ดังนั้นจึงมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้รวมทั้งการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพยาธิกำเนิด การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีความจำเพาะและความไว ปัจจุบันมีการพัฒนา

รูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุโดยอาศัยหลักฐานอ้างอิงมา
เป็นลำดับ

การศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถลด
อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ มีการศึกษารูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะ
สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลายการศึกษาและแต่ละการศึกษาก็มีกลวิธีที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ
วัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆซึ่งผลการศึกษามีทั้งได้ผลและไม่ได้ผล แต่ยังขาดการวิเคราะห์และ
สังเคราะห์รูปแบบเหล่านั้น นักศึกษาจึงสนใจที่จะทำการทบทวนรูปแบบการป้องกันและการจัดการ
ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพ
เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนหลักฐานที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสน
เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เหมาะสม

นิยามศัพท์

ภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึงกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ใน
การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้
ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่นการสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล
ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติ
เกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆลงๆในช่วงแต่ละ
วันมีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบ
ความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย (American Psychiatric Association, 2000)

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน (องค์การสหประชาชาติ, 2525)

ทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state หรือ delirium) หมายถึงกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จดจ่อกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่นาน หันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด เช่นการสูญเสียความจำ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา มีการรับรู้ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดภาวะสมองเสื่อมมาก่อน ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันและมีแนวโน้มจะเกิดอาการแบบขึ้นๆลงๆในช่วงแต่ละวันมีข้อมูลสนับสนุนที่ได้จากประวัติการตรวจร่างกายหรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องมาจากโรคทางกาย (American Psychiatric Association, 2000) ลักษณะของภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1). กลุ่มที่มีอาการเอะอะไววาย (hyperactive form) มีพฤติกรรมเอะอะ ก้าวร้าว เช่น ดึงสายน้ำเกลือ ผ้าปิดแผล ส่งเสียงร้องเรียกหาบุคคลเสียงดัง ปีนลงจากเตียงเป็นต้น ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นหัวใจเต้นเร็ว ภูม่านตาขยาย (Stanley & Beare, 1995) 2). กลุ่มง่วงซึม (hypoactive form) เป็นกลุ่มอาการตรงข้ามกับกลุ่มแรกคือระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการง่วง ซึม หลับ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงอาจถูกมองข้ามไปเพราะมักจะเงียบไม่ค่อยมีพฤติกรรมเรียกร้องแต่จะอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายและอาจเข้าใจผิดว่ามีภาวะซึมเศร้า (Stanley & Beare, 1995) 3). กลุ่มผสมคือมีทั้งเอะอะและง่วงซึมสลับกัน (mixed form) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักมีอาการอยู่ในกลุ่มนี้ (Stanley & Beare, 1995)

การค้นหาและวินิจฉัยกลุ่มอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นสำคัญมาก จากการศึกษาของอินอยล์ (Inouye, 1994) พบว่ามีผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 32-67 เนื่องจากลักษณะอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันมีความไม่แน่นอนคือ ขึ้นๆลงๆแตกต่างในระหว่างวันและมีบางลักษณะที่คล้ายกับภาวะสมองเสื่อมทำให้การประเมินผิดพลาดและวินิจฉัยผู้ป่วยเหล่านี้ว่ามีภาวะสมองเสื่อม สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้ 1.) มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ความชัดเจนในการรับรู้ภาวะรอบตัวลดลง ร่วมกับ ความตั้งใจ ความสนใจ ลดลง 2.) มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรู้คิด เช่นความทรงจำบกพร่อง สับสนด้านเวลา สถานที่ และบุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ หรือการรับรู้ผิดปกติ ที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ 3.) ความ

ผิดปกตินี้เกิดขึ้นภายในเวลาเพียงสั้นๆ มักเป็นในช่วงไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน 4.) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เกิดจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาของภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

พยาธิกำเนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันยังไม่ชัดเจนมีการศึกษาโดยตรวจคลื่นสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่าการเคลื่อนไหวช้าลงซึ่งไม่ได้เกิดจากอาการของโรค (Romano & Engel, 1944) จากการศึกษาทางระบบจิตประสาทพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะถูกรบกวนการทำงานที่ของสมองทำให้มีความผิดปกติในส่วน prefrontal cortex, subcortical structures, thalamus, basal ganglia, frontal and temporoparietal cortex, fusiform cortex และ lingual gyri (Trzepacz & Van der Mast, 2005) ผลการศึกษาเป็นหลักฐานนำไปตั้งสมมุติฐานพยาธิกำเนิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 ด้านดังนี้คือบทบาทของสารสื่อประสาท การอักเสบและภาวะเครียดเรื้อรัง acetylcholine เป็นสารสื่อประสาทตัวแรกที่ถูกค้นพบโดยการศึกษาของมาราจ (2004) จากการลดลงของ acetylcholine ในสมองอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมบางอย่างเช่นระดับความรู้สึกรู้ตัว การใส่ใจ การเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ ความคิด การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และนอกจากนี้ acetylcholine ยังมีบทบาทเกี่ยวกับการคงไว้ของระดับความเร็วคลื่นสมองและจะพบว่าความเร็วของคลื่นสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะช้าลงจากนี้บทบาทของ catecholamines (dopamine) พบว่าการเพิ่มสาร dopaminergic จะทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ยา dopaminergic เช่น levodopa และ bupropion เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่วนยา dopamine antagonists เช่น antipsychotic agents มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการสับสนเฉียบพลัน สารสื่อประสาทตัวอื่นๆ เช่น norepinephrine, serotonin, GABA, glutamate และ melatonin อาจจะมีบทบาทเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันแต่ยังมีการศึกษาที่สามารถสนับสนุนสมมุติฐานนี้ไม่เพียงพอ

นอกจากนี้มีการอธิบายถึง Cytokine ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายประกอบไปด้วย interleukin-1, interleukin-2, interleukin-6, tumor necrosis factor (TNF) และ interferon มีบทบาทที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันโดยปกติจะพบว่าระดับ cytokines ในบริเวณสมองส่วนกลางจะต่ำแต่ภายหลังจากการเกิดความเครียด การอักเสบ การติดเชื้อและการเจ็บป่วยระดับของ cytokines จะเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลจากการทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) และจะไปเพิ่มความเข้มข้นของสารที่อยู่ใน blood-brain barrier ขัดขวางการทำงานของสารสื่อประสาทในเรื่องการส่งสัญญาณทำให้เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติแสดงเป็นอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันและความเครียดที่สะสมอยู่นานจากความเจ็บป่วยหรือจากการเกิดอุบัติเหตุมีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมาได้สมองบริเวณ hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis มีผลในการ

เพิ่มระดับ cytokine และ chronic hypercortisolism ส่งผลต่อ hippocampal serotonin 5-HT receptor ซึ่งทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

อัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 14-24 และอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่รักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 6-56 (Inouye, 1998) เกิดในผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดร้อยละ 15-53 (Agotini et al., 2003) เกิดในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 70-87 (Pisani, McNicoll & Inouye, 2003) พบได้สูงถึงร้อยละ 83 ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Casarett & Inouye, 2001) ภาวะสับสนเฉียบพลันยังเป็นเป็นอาการนำของการเจ็บป่วยและมาตรวัดที่แผนกฉุกเฉินถึงร้อยละ 10-30 (Agotini et al., 2003) สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 22-76 มีอัตราที่สูงในผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและติดเชื้อในกระแสโลหิต พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 35-40 (Moran & Dorevitch, 2001) ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งพบว่า มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Franis et al., 1990) ต่อมา อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1994) แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเดิม เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุมีอยู่ก่อนเข้าโรงพยาบาลเช่น สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า เคยมีประวัติสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ประสาทรับรู้ที่ลดลงภาวะขาดน้ำและสารอาหาร การได้รับยามากกว่า 3 ชนิด การเจ็บป่วยที่รุนแรงส่วนปัจจัยชักนำเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาในกลุ่ม sedative hypnotics, narcotics, anticholinergic ผลของการเจ็บป่วยที่รุนแรง การผ่าตัด สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 32-67 (Inouye et al., 1999) ทั้งนี้เนื่องจากเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมการทดสอบสภาพจิตโดยใช้เครื่องมือ Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975) ซึ่งใช้ในการประเมิน ความพร้อมในการรู้คิดเหมาะสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแต่ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันเนื่องจากเครื่องมือนี้ประเมินในเรื่องการรับรู้ที่ลดลงเท่านั้น ไม่ได้ประเมินในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลันในปี 1990 อินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1990) ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันเรียกว่า วิธีการประเมินภาวะสับสน (confusion assessment method CAM) ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้แต่ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการได้ เครื่องมือ CAM ประเมินลักษณะดังนี้คือ 1.) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิมรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงใน 24 ชม. หรือความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลง 2.) ความใส่ใจลดลง 3.) ความคิดสับสนไม่เป็นระบบ 4.) ระดับความรู้สึกละเลยเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันจะต้อง

ประกอบด้วยอาการแสดงข้อที่ 1 และ 2 ร่วมกับข้อ 3 หรือข้อ 4 แต่ในขั้นสุดท้ายของการวินิจฉัยจะต้องได้รับการยืนยันตามข้อกำหนดของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกาที่ใช้ diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) เป็นมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัย

มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมาเป็นลำดับโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหลักเริ่มจากการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดย Inouye และคณะ (Inouye et al., 1999) เป็นโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันและป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่โดยมุ่งจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ด้านคือ 1) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ 2) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับโดยวิธีธรรมชาติและหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ 3) กระตุ้นการเคลื่อนไหวเช่นการออกกำลังกายบนเตียง 4) การจัดการส่งเสริมการมองเห็น 5) การส่งเสริมการได้ยินและ 6) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ สำหรับมาร์กเกอร์โตนีโอ และคณะ (Marcantonio et al., 2001) พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกซึ่งเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงรุกมีการให้คำปรึกษาในปัญหา 10 ประการดังนี้ ดูแลในเรื่องการให้ได้รับออกซิเจน ความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การจัดการความปวด ทบทวนการได้รับยา จัดการเกี่ยวกับระบบขับถ่าย ให้ได้รับอาหารเพียงพอ กระตุ้นการเคลื่อนไหว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดสิ่งแวดล้อม และรักษาอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันไมลิเซน และคณะ (Milisen et al., 2001) โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลเป็นผู้นำทีมและลักษณะโปรแกรมเป็นการบำบัดร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ให้การฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ความรู้เกี่ยวกับการประเมิน พยาธิสรีรภาพ การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม ประเมินสภาวะการรู้คิดอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีบริการให้คำปรึกษาในทีมการพยาบาลเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน วางแผนการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ทาเบทและคณะ (Tabet et al., 2005) รูปแบบการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่เพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันและเพิ่มความสามารถในการค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีการให้ความรู้แก่บุคลากร ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ความหมาย สาเหตุการเกิด ระบาดวิทยา อาการและผลลัพธ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การจัดการปัจจัยเสี่ยง ปฏิบัติการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกตลอดจนการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม การพยาบาล การค้นหาสาเหตุและจัดการสาเหตุ การควบคุมอาการของภาวะสับสน

เจ็บปวด นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเจ็บปวดให้แก่เจ้าหน้าที่และมีการประชุมกลุ่มย่อยในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งวางแผนในการจำหน่าย เกล็นด์สตรอมและคณะ (Lundstrom et al., 2005) ลักษณะโปรแกรมเป็นโปรแกรมการให้ความรู้โดยการจัดฝึกอบรมบุคลากรเป็นเวลา 2 วันมีเนื้อหาการอบรมมุ่งที่การประเมิน ป้องกันและรักษาภาวะสับสนเจ็บปวด การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่มีภาวะสับสนเจ็บปวด การจัดระบบการพยาบาลและการดูแลที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลเป็นรายบุคคลและสุดท้ายมีการติดตามช่วยเหลือโดยการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งเกี่ยวกับปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะสับสนเจ็บปวด

พิคาลา, ลอร์วิลลา, สแตนเบอร์กและ ทิลวิส (Pitkala, Laurila, Strandberg & Tilvis, 2006) รูปแบบการจัดการที่อาศัยองค์ประกอบหลายด้านในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเจ็บปวด กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเจ็บปวดอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินอย่างสมบูรณ์ แบบ หลีกเลี่ยงการใช้ยาจิตเวช กระตุ้นการรู้คิด การปรักกายภาพบำบัด กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ให้แคลเซียมและวิตามินดีเพื่อป้องกันกระดูกพรุน ให้ยา cholinesterase inhibitors ในผู้สูงอายุที่มีความพร่องในการรู้คิดจากการประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือตรวจสภาพจิตฉบับสั้น และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดและผู้ดูแล

วิธีดำเนินการ

บททวนหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้ PubMed, Blackwell Synergy, CINAHL คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลได้แก่ delirium, acute confusion, prevention, intervention, management, older persons, model of care และ สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงตำรา บทความทางวิชาการจากวารสารคัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจจากเกณฑ์การคัดเข้าต้องเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันและจัดการในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาล พิจารณาคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับงานวิจัยไว้ 4 ระดับ ดังนี้คือ

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็น meta- analysis ของงานวิจัยหรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (non-randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม non-randomized controlled trials, cohort study, case control study เป็นต้น

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น หลักฐานงานวิจัย 11 เรื่องและเป็นบทความทางวิชาการ 3 เรื่อง เมื่อพิจารณาคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบงานวิจัยที่เป็น randomized control trial (ระดับ A) จำนวน 6 เรื่องแบ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 4 เรื่องและศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่อง งานวิจัยแบบ non-randomized controlled trial (ระดับ B) จำนวน 5 เรื่องเป็นการศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 3 เรื่อง ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก 2 เรื่องและการเห็นพ้องกันของผู้เชี่ยวชาญ (experts consensus ระดับD) จำนวน 3 เรื่องศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 1 เรื่องและศึกษาในผู้ป่วยหลังจากผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน 2 เรื่องโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3103 ราย เป็น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัย สามารถแบ่งตามลักษณะความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มดังนี้คือ รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยทางอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งรูปแบบการป้องกันและจัดการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันดังต่อไปนี้

1.รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไปจากการวิเคราะห์พบหลักฐานงานวิจัยจำนวน 8 เรื่องสามารถแบ่งเป็นรูปแบบการป้องกัน 3 เรื่อง (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) และรูปแบบการจัดการ 5 เรื่อง (Cole et al., 2002: level A; Flaherty et al., 2003: Level D; Lundstrom et al., 2005: Level A;

Milisen et al., 2005: Level A; Pitkala et al., 2006 : Level A) ซึ่งในแต่ละการศึกษาจะประกอบไปด้วยวิธีการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในด้านต่างๆ และการจัดการโดยมีการจัดห้องให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่และญาติเพื่อเพิ่มการตระหนักตั้งแต่ระยะแรกๆ ผลของการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยนำเสนอต่อไปนี้

รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยมุ่งที่การบำบัดปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999, 2000: Level B) ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (elder life program) นอกจากนั้นยังเป็นโปรแกรมที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพและมีอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยง 6 ประการของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้แก่การพร่องการรู้คิด ปัญหาการนอนไม่หลับ การขาดการเคลื่อนไหว ความพร่องการได้ยิน ความพร่องการมองเห็น ภาวะขาดน้ำ มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยมุ่งบำบัดปัจจัยเสี่ยงที่มีองค์ประกอบหลายอย่างสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.9 และ 15.0 ตามลำดับ $p = 0.02$) และจำนวนวันที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติเช่นเดียวกันรวมทั้งจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่าด้วย ($p = 0.02$ และ 0.03 ตามลำดับ) ส่วนรูปแบบการบำบัดรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มุ่งคัดกรองอย่างเป็นระบบและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Cole et al., 2002: Level A) กลุ่มทดลองมีการให้คำปรึกษาและติดตามโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือจิตแพทย์รวมทั้งมีพยาบาลติดตามตลอดระยะเวลา ที่อยู่ในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะค้นหาปัจจัยเหนี่ยวนำหรือปัจจัยเดิม ปัจจัยชักนำและปัจจัยที่พบเสมอๆ ในผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งจัดบันทึกสภาพจิตโดยใช้แบบฟอร์มฉบับสั้น ติดตามความสมบูรณ์ของรายงานการให้การรักษาและช่วยให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของที่ปรึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ สำหรับพยาบาลจะติดตามดูแลผู้ป่วยทุกวันเป็นระยะ 5 วันต่อสัปดาห์ ทีมผู้ดูแลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพประชุมร่วมกันเป็นประจำเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล 8-10 ราย ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันแรกเริ่ม ร้อยละ 12.6 สำหรับอุบัติการณ์ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 3.3 อัตราการฟื้นหายของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 48 และ 45 ตามลำดับ) คือ 36 วันเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

รูปแบบใหม่ของการดูแลโดยจัดห้องพักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium room DR) (Flaherty et al., 2003) พยาบาลมีอิสระในการตัดสินใจ การดูแล

รักษาผู้ป่วยแบบบูรณาการ มีการประชุมร่วมกันของทีม 5 วันต่อสัปดาห์ พยาบาลประเมินสภาพจิตผู้ป่วยทุกวันเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้ความสำคัญต่อการค้นหาอาการ ตั้งแต่ระยะแรกๆ และพยาบาลมีการพัฒนาข้อกำหนดการดูแลที่เน้นหลักเลี่ยงการใช้ยา การผูกมัด มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม จัดประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลและศึกษาติดตามข้อมูลย้อนหลังผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่พักในห้องพักเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเท่ากับเวลามาตรฐานของ diagnostic related group (DRG) เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้จำนวนบุคลากรเท่าเดิมสามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้เนื่องจากใช้บุคลากรเดิมที่มีอยู่แล้ว

โปรแกรมการบำบัดรักษาเพื่อลดระยะเวลาการเกิดอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิต (Lundstrom et al., 2005: Level A) ลักษณะของโปรแกรมเป็น multifactorial intervention ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้โดยการจัดฝึกอบรมบุคลากรเป็นเวลา 2 วันโดยมีเนื้อหาการอบรมมุ่งที่การประเมิน ป้องกันและรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดระบบการพยาบาลและการดูแลที่มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดูแลเป็นรายบุคคลและสุดท้ายมีการติดตามช่วยเหลือโดยการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 7 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 30.2 และ 59.7 ตามลำดับ $p = .001$) ระยะเวลาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (9.4 ± 8.2 และ 13.4 ± 12.5 วัน) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในวันแรกของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติเช่นเดียวกัน (10.8 ± 8.3 และ 20.5 ± 17.2 วัน ; $p < .001$) ส่วนอัตราการตายในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 14.5 ตามลำดับ $p = .03$)

รูปแบบการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่เพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน และเพิ่มความสามารถในการค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลัน (Tabet et al., 2005: Level B) กลุ่มทดลองมีการให้ความรู้แก่บุคลากร ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ความหมาย สาเหตุการเกิด ระบาดวิทยา อาการและผลลัพธ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การจัดการปัจจัยเสี่ยง ปฏิบัติการป้องกันตั้งแต่เริ่มแรกตลอดจนการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในเรื่องจัดการ

สิ่งแวดล้อม การพยาบาล การค้นหาสาเหตุและจัดการสาเหตุ การควบคุมอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันให้แก่เจ้าหน้าที่และมีการประชุมกลุ่มย่อยในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งวางแผนในการจำหน่ายผลการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีการบันทึกข้อวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.15$)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Milisen et al., 2005: level A) การศึกษาครั้งนี้เพื่อทบทวนกลวิธีในการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งเป็น multicomponent intervention ทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็นกลวิธีเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน 4 เรื่อง (Bogardus et al., 2003: Level B; Inouye et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A ; Wanich et al., 1992: Level B) และกลวิธีในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 เรื่อง (Cole et al., 1994, 2002: Level A ; Milisen et al., 2001: Level B) การศึกษาเพื่อทบทวนโปรแกรมการบำบัดภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นกลวิธีหลายองค์ประกอบ (multicomponent intervention strategies) และศึกษาประสิทธิภาพของกลวิธีต่างๆ ต่ออุบัติการณ์ ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรง ความสามารถในการทำหน้าที่ ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลและอัตราตาย ผลการศึกษาพบว่าการป้องกันประกอบด้วยการศึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง การใช้แผนการดูแลมาตรฐาน 10 ประการ (Marcantonio et al., 2001) สำหรับการรักษาวานิสและคณะ (Wanich et al., 1992) มีการประเมินผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุทุกวัน การให้ความรู้แก่พยาบาลและประสานความร่วมมือกับพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลรวมทั้งวางแผนการจำหน่ายและโปรแกรมของอินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1999) ใช้แผนการดูแลที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ ส่วนโปรแกรมการรักษาเป็นการศึกษาของโคลลีและคณะ (Cole et al., 1994, 2002) ที่ติดตามความชุกและอุบัติการณ์สำหรับกลวิธีที่ใช้คือ การทำงานเป็นทีม การประชุมปรึกษา รวมทั้งการประเมิน ส่วนการศึกษาของไมลิเซนและคณะ (Milisen et al., 2001) เป็นการค้นหาผู้ป่วย การศึกษาแผนการบำบัด การประเมินสาเหตุและการมีพยาบาลทำหน้าที่ดูแลโดยตรงและปรึกษาพยาบาลผู้มีความรู้และเป็นแหล่งประโยชน์ รวมทั้งการใช้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเป็นโปรแกรมการป้องกันซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการจัดการที่อาศัยองค์ประกอบหลายด้านในการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Pitkala et al., 2006: Level A) กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้อง ได้รับการประเมินอย่างสมบูรณ์แบบ หลีกเลี่ยงการใช้ยาจิตเวช กระตุ้นการรู้คิด การปรึกษาภาพบำบัด กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้แคลเซียมและวิตามินดีเพื่อป้องกันกระดูกพรุน ให้ยา cholinesterase inhibitors ในผู้สูงอายุที่การรู้คิดไม่ดีจากการประเมินผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือตรวจสภาพจิตฉบับสั้น และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดและผูดูแล ผลการศึกษาพบว่าเมื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 ปี ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเสียชีวิตและเข้าพักในบ้านพักผู้สูงอายุอย่างถาวร ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ (ร้อยละ 60.9 และ 64.4 ตามลำดับ $p = 0.638$) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มดูแลตามปกติเข้าพักในบ้านพักผู้สูงอายุเฉลี่ย 126 วันและ 140 วันตามลำดับซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .688$) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้นในระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาลและการรู้คิดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลา 6 เดือน

2. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกพบทั้งหมด 4 เรื่อง (Bitsch et al., 2004: Level A; Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B) ผลการทบทวนพบว่ารูปแบบการดูแลมีการจัดระบบการพยาบาลและการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันและพัฒนาการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา (Lundstrom et al., 1999: Level B) กลุ่มทดลองจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้คือ จัดโปรแกรมการศึกษาแก่นักดูแล การประสานความร่วมมือกันระหว่างศัลยแพทย์สาขาออร์โธปิดิกส์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและวางแผนการฟื้นฟูสภาพ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองเกิดร้อยละ 31 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 61 และ 48 ตามลำดับซึ่งการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกเพื่อลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Marcantonio et al., 2001: Level A) กลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบการดูแลเชิงรุก มีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดหรือภายใน 24 ชั่วโมงของการผ่าตัด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะเยี่ยมตรวจผู้ป่วยทุกวันในระหว่างที่พักรักษาในโรงพยาบาล มีการให้คำปรึกษาประกอบด้วยปัญหาสำคัญ 10 ประการดังนี้ การดูแลโดยให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ รักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่

จัดการความปวดอย่างเหมาะสม ทบทวนการได้รับยา งดยาที่ไม่จำเป็นคือยากลุ่มbenzodiazepines, anticholinergic, antihistamine ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ กระตุ้นการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสภาพ โดยให้ลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัด 1 วัน พยาบาลกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้ มีนักรักษาพยาบาลและนักกิจกรรมบำบัดให้การดูแลร่วมด้วย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดอักเสบ ภาวะเส้นเลือดปอดอุดตันจากลิ่มเลือด ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เช่น จัดหาแว่นตาและเครื่องช่วยฟัง จัดสิ่งแวดล้อมที่มีนาฬิกาและปฏิทิน รักษาอาการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการค้นหาสาเหตุพิจารณาให้ยาควบคุมอาการวุ่นวายตามความจำเป็นรวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผลการศึกษพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองร้อยละ 32 กลุ่มดูแลตามปกติพบร้อยละ 50 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .04$ ความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองร้อยละ 12 กลุ่มดูแลตามปกติร้อยละ 29 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .02$ ส่วนระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล การเข้าพักในสถานบริบาลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังจำหน่ายทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Milisen et al., 2001: Level B) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันคัดกรองอย่างเป็นระบบในเรื่องการค้นหาและวินิจฉัยรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน จัดทำโปสเตอร์เรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันติดที่แผนกประกอบด้วยเรื่องอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันตามข้อบ่งชี้ของ CAM มีการคัดกรองอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ฝึกการใช้เครื่องมือ NEECHAM confusion scale จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีระบบให้คำปรึกษาแนะนำโดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium resource nurse) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุนอกจากนี้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (20% และ 23.3% ตามลำดับ $p=.82$) แต่ระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มที่ให้การดูแลตามปกติ ($p = .03$) และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0049$)

โปรแกรมการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

(Bitsch et al., 2004: level A) จากการทบทวนพบว่าม้งงานวิจัยทั้งหมด 4 เรื่อง (Gustafson et al., 1991: level A ; Lundstrom et al., 1999: level B ; Milisen et al., 2001: level B ; Marcantonio et al., 2001: level A) จากการวิเคราะห์งานวิจัยของคัสตาสันและคณะ (Gustafson et al., 1991: level A) เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่พักในโรงพยาบาลจนถึงวันแรกหลังผ่าตัด การให้สารน้ำชนิด crystalloids ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้จากร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 48 การศึกษาของเลาน์สตรอมและคณะ (Lundstrom et al., 1999 : level B) มุ่งที่การดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกซ์มี การป้องกันภาวะขาดออกซิเจน ฟันฟูสภาพโดยเร็ว ผลการศึกษาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะ สับสนเฉียบพลันในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาร้อยละ 31 และร้อยละ 61, 48 ตามลำดับ การศึกษาของไมลิเซนและคณะ

(Milisen et al., 2001: level B) เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีม มีการปรับระบบการดูแลใหม่ ผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ดูแลตามปกติแต่สามารถลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและ ความรุนแรงได้และการศึกษาของมาร์การ์โดนิโอ (Marcantonio et al., 2001: level A) เป็นการให้ คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

3.รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังจากผ่าน ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือหลังภาวะวิกฤตจากการทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการพบ 2 เรื่อง (Bergmann et al., 2005: Level D; Lyons, 2006 : Level D) เป็นรูปแบบการป้องกันและจัดการ ผู้สูงอายุที่ยังคงมีภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ภายหลังพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วหรืออาจจะกลับมา เป็นอีกครั้งดังนั้นจึงมีทั้งวิธีการป้องกันและวิธีการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันนำเสนอผลการ ทบทวนดังนี้ รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่านภาวะเฉียบพลัน (Bergmann et al., 2005: Level D) โปรแกรมนี้พัฒนามาจากรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกัน ภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังกระดูกสะโพกหักที่เรียกว่า Delirium Abatement Program (DAP) ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมย่อย 4 ส่วนคือมาตรฐานการคัดกรองอาการและอาการแสดงของภาวะ สับสนเฉียบพลันเมื่อเข้าพักที่หน่วยดูแลภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประเมินและให้การบำบัด สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของภาวะ สับสนเฉียบพลัน ฟันฟูสภาพการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ รูปแบบการดูแล โปรแกรม DAP นี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้เนื่องจากโครงการนี้ไม่เสีย

ค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการใช้บุคลากรที่มีอยู่ภายในหอผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมพร้อมกับงานที่ปฏิบัติประจำ

รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่านภาวะเฉียบพลัน (Lyons, 2006: Level D) โดยมีรูปแบบการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการในเรื่องการส่งเสริมให้มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและจัดกิจกรรมที่มีการกระตุ้นการรับรู้ จัดให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดหาแว่นตาและเครื่องช่วยฟัง ป้องกันภาวะขาดน้ำ และรูปแบบการจัดการโดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย การค้นหาและจัดการสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง แก่ไขอาการรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งยังขาดงานวิจัยที่มาสสนับสนุนในเรื่องนี้แต่จากการศึกษาของ Mccusker และคณะ (2001) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลกับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า การให้ข้อมูลในการรักษาเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่และบุคคลตลอดจนการสนับสนุนในเรื่องการรับรู้ของระบบประสาทในเรื่องการมองเห็นและการได้ยินสามารถลดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันได้

สรุปจากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997-2006 พบว่าสามารถแยกได้ตามลักษณะของผู้ป่วยเป็น 3 ลักษณะคือผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก และผู้ป่วยหลังภาวะเฉียบพลันซึ่งจะมีรูปแบบการดูแลที่เน้นกลวิธีที่ต่างกัน เช่นในผู้ป่วยอายุรกรรมจะเน้นเรื่องการประเมินค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่ในระยะแรกและจัดการดูแลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย เช่น สภาพการนอนที่แปรปรวน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สภาพการมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมจึงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ส่วนในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกจะมีกลวิธีที่คล้ายกันแต่จะเน้นการจัดการกับความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยประเภทนี้ และในผู้ป่วยหลังภาวะเฉียบพลันซึ่งพบเพียง 2 การศึกษาพบว่ามีรูปแบบการดูแลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับอายุรกรรมโดยการประเมินปัจจัยเสี่ยง 6 ด้านและรูปแบบการบำบัดโดยมุ่งที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย การค้นหาสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยเสี่ยง แก่ไขอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสามารถนำไปพัฒนาต่อเพื่อเป็นแนวการปฏิบัติในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต่อไป

อภิปรายผล

จากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการทั้ง 14 เรื่องที่เกี่ยวข้องรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ 1) รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งรูปแบบการป้องกันยังแบ่งเป็นการป้องกันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) และผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพก (Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B) กลวิธีในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นได้พัฒนาจากการศึกษาวิจัยที่พบว่าปัจจัยของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Francis et al., 1990) ต่อมา Inouye และคณะ (1994) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็นปัจจัยเดิม และปัจจัยชักนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากพักรักษาในโรงพยาบาลและมีการศึกษาถึงปัจจัยในการทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและนำมาสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999, 2000) ได้แก่การพร่องความรู้คิด ปัญหาการนอนไม่หลับ การขาดการเคลื่อนไหว ความพร่องการได้ยินและการมองเห็น ภาวะขาดน้ำ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบไม่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนเตียงในหอผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Individual matching จึงทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ ($n = 852$) ตลอดจนมีการติดตามดูการปฏิบัติตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมทั้งมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงและสภาพจิตทุกวันและร่วมกันดูแลโดยทีมสหวิชาชีพจากรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวจะเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสหวิชาชีพมีบทบาทอิสระในการประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบรวมทั้งปฏิบัติการป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นและติดตามดูการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงทำให้รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมมีประสิทธิภาพสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันได้ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นเยี่ยม

ต่อมาได้มีการศึกษาของทาเบตและคณะ (Tabet et al., 2005) โดยมีรูปแบบการให้การศึกษากับบุคลากรเพื่อเพิ่มความตระหนักและวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งจากการศึกษาของอินอยล์และคณะ (Inouye et al., 1999) พบว่าผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่ได้รับการวินิจฉัยมีถึงร้อยละ 32-67 และหลังจากให้การศึกษากับแพทย์และพยาบาลแล้ว สามารถลดอัตราความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันและเพิ่มการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดยเนื้อหาของ การให้การศึกษานั้นก็จะมีวิธีการในการป้องกันและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงรวมอยู่ด้วยเช่นกันซึ่งจะ

สอดคล้องกับการศึกษาของอินอยล์ และคณะ (Inouye et al., 1999, 2000) รูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกจะมีวิธีการที่เพิ่มขึ้นจากผู้สูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกนั้นมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ความปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงทำให้อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกมีมากถึงร้อยละ 15-53 (Agostini et al., 2003) ดังนั้นรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุกลุ่มนี้นอกจากจะต้องป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการ (Inouye et al., 1999) แล้วยังเพิ่มกลวิธีในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงภายหลังผ่าตัดเป็น 10 ประการ (Marcantonio et al., 2001) คือ การดูแลให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ การจัดการความปวด ทบทวนการได้รับยา ดูแลเรื่องการขับถ่าย ให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รักษาอาการภาวะสับสนเฉียบพลันจะเห็นว่ากลวิธีที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นการป้องกันปัจจัยที่เกิดจากการผ่าตัดทั้งสิ้น นอกจากนั้นในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกยังมีโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาโดยพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลภายในวิชาชีพ (Milisen et al., 2001) มีการให้การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การคัดกรองอย่างเป็นระบบ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบให้คำปรึกษาโดยพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันตามลำดับขั้นและมีโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนรูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันดังกล่าวจะพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดสะโพกจะมีกลวิธีเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป โดยเน้นที่ปัจจัยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดคือปัจจัยเสี่ยง 6 ประการและเพิ่มการป้องกันปัจจัยภายหลังการผ่าตัดด้วยจะเห็นว่ารูปแบบการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดสะโพกนั้นสามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันลดได้ (Marcantonio et al., 2001; Milisen et al., 2001) รูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลเป็นการจัดการในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมทั่วไป (Bergmann et al., 2005; Cole et al., 2002; Lunstrom et al., 2005; Lyons, 2006; Pitkala et al., 2006) ส่วนกลวิธีในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมจะมีลักษณะของวิธีการที่ร่วมกับการป้องกันในเรื่องการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันแก่บุคลากรและมีวิธีการสำหรับการจัดการดังนี้ มีมาตรฐานการคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเมินและให้การบำบัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนของภาวะสับสนเฉียบพลัน พัฒนาสภาพการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ จากการศึกษาผลของการจัดการพบว่ามีประสิทธิภาพน้อยกว่ารูปแบบการป้องกันเช่นในการศึกษาของโคลลีและคณะ (cole et al., 2002) ผลการศึกษาอัตราการฟื้นหายของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสมองเสื่อมก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลจึงทำให้ตอบสนองต่อรูปแบบการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยและมาตรฐานการดูแลในกลุ่มให้การดูแลตามปกติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองรวมทั้งบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มเป็นทีมเดียวกัน

จากการทบทวนพบว่าผลของกลวิธีในการจัดการจะลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและความรุนแรงตลอดจนระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องกลุ่มตัวอย่างมีหลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการทั้งหมด 14 เรื่องแบ่งเป็นงานวิจัย 11 เรื่องและบทความทางวิชาการ 3 เรื่อง ที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาลแบ่งระดับความสำคัญตามเกณฑ์การแบ่งของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยปี 2544 ได้เป็น Level A จำนวน 6 เรื่อง Level B จำนวน 5 เรื่อง Level D จำนวน 3 เรื่อง จะเห็นว่างานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นงานวิจัยที่อยู่ในระดับ A และระดับ B เป็นส่วนใหญ่ซึ่งงานวิจัยเหล่านั้นจะเป็นงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองโดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและไม่สุ่มเข้ากลุ่มสำหรับงานวิจัยที่ไม่ได้สุ่มเข้ากลุ่มมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ individual matching และเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Inouye et al., 1999) นับว่าเป็นหลักฐานงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดถึง 852 ราย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการติดตามการปฏิบัติตามแผนในกลุ่มทดลองซึ่งมีอัตราการปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 87 รวมทั้งกลวิธีที่มุ่งจัดการป้องกันปัจจัยเสี่ยง 6 ประการที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยที่ทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละการศึกษามีความตรงและความเที่ยงสูงอาศัยคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติของจิต (APA,2000)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่าโปรแกรมการป้องกันมีความสำคัญมากและสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันได้นอกจากนั้นพบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมและมีงานวิจัยเรื่องที่พยาบาลเป็นผู้นำทีมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก
2. จัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินปัจจัยเสี่ยงและจัดโครงการเพื่อนำรูปแบบการป้องกันและจัดการไปใช้ในการปฏิบัติแก่พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน
3. พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

4. กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลและเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักในปัญหาดังแต่ระยะแรกและเพิ่มการวินิจฉัยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. หลักฐานงานวิจัยและบทความทางวิชาการของรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมีน้อยดังนั้นกลวิธีในการป้องกันดังกล่าวยังต้องการผลงานวิจัยมาสนับสนุน
2. รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลใช้ได้เฉพาะกลุ่มที่เกิดจากสาเหตุความเจ็บป่วยส่วนที่เกิดจากสาเหตุอื่นอาจไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรที่จะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มในรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันเพิ่มขึ้น
2. ควรศึกษารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ และเพิ่มคุณภาพในการดูแล
3. ควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายในประเทศเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันซึ่งจะทำให้รูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย
4. ควรศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

THE MODEL OF PREVENTION AND MANAGEMENT OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PATIENTS

BUDSYA LIAPTHAWEE 4837030 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAKONG INTARASOMBAT,
M.Ed. (Nursing Administration), SUPARB AREE-UE, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Abstract

The objective of this study was to analyze and synthesize knowledge from research studies and academic papers concerning the prevention and management of delirium in hospitalized older patients. A total of 14 pieces of literature published from 1997 to 2006 were studied. Six of them were Randomized Controlled Trial (A level) studies; five were Non-Randomized Controlled Trial (B level); and three were academic articles written by experts (D level). The results were classified into 3 categories: a delirium prevention and management model in general medical older patients; a delirium prevention and management model in older patients after hip surgery; and a delirium prevention and management model in older patients with post-acute care. These models of care focused on the prevention and management of risk factors for delirium by promoting knowledge related to delirium to staff members, initiating multidisciplinary care teams, and advocating for family participation in patient care.

The results suggested that the prevention of risk factors education program, collaboration between multidisciplinary teams and reviewed model of care related to the prevention and management of delirium in hospitalized older patients is a useful interim for decreasing the incidences, duration, and severity of delirium in general medical older patients older patients after hip surgery and those undergoing post acute care. This information could be programs for delirium of management could be beneficial for the further. It could also be incorporated in a nursing practice guideline.

Background and significant of the study

Delirium, also known as acute confusion state, is a common serious and significant issue for older patients. Rates of delirium are highest among hospitalized older patients, with experience delirium either on admission or at same point during their hospital stay (Inouye, 2006), depending on the number of risk factors studies have found that delirium in hospitalized patients contributes to lengths of stay, increased mortality, morbidity and increased rates of institutional placement. In addition, older adults who got delirium required physical and psychological rehabilitation from specialized caregiver continuously to home based care which caused higher cost compare with the group without delirium. The major characteristic of delirium was cerebral disorder which was frequently found in patient with severe illness, in addition, the risk was higher with the older age. American Psychiatric Association (2000) defined and developed diagnostic criteria for delirium as follows; consciousness disorder, short time concentration to environment and easy to be distracted by external stimuli, cognitive change such as memory impairment, time, date, and place disorientation, linguistic disorder, perception disorder without previous dementia. These disorders occurred in short period in hours or days and the severity of symptom tended to be vary in that period which was supported by physical examination or laboratory data results from physiological disease. In addition, delirium was also an outcome indicator and can be used for health care service quality assessment in older patients. Delirium can be prevented by detecting risk factor and cause in early stage. Lately, the research on delirium risk factor and predicting factor were conducted to develop knowledge, establish hypothesis concerning pathogenesis, develop specific and sensible assessment instrument to implement the research result, as well as develop delirium prevention and intervention model for older patient and specific group patient.

According to the studies, it was found that delirium prevention and management models were able to decrease delirium incidence rate. There were many researches on the effect of this program on older patients and each had different strategy depending on

the objective of the research which some were effective and some were not. However, the analysis and synthesis of these studies had not been conducted.

Researcher was therefore interesting in reviewing and analyzing delirium prevention and management models for hospitalized older patient to obtain effective strategy to develop the updated knowledgebase concerning delirium prevention and management model.

Objective of the Study

1. To analyze and synthesize knowledge from research studies on the model of prevention and management of delirium in hospitalized older patients.
2. To determine the characteristics of various intervention strategies for prevention and management of delirium in hospitalized older patients.

Expected Outcomes

To obtain knowledge concerning delirium prevention and management model in hospitalized older patient

Definition of terms

Delirium: Disturbance of consciousness (i.e., reduced clarity of awareness of the environment) with reduced ability to focus, sustain, or shift attention. A change in cognition (such as memory deficit, disorientation, language disturbance) or the development of a perceptual disturbance that is not better accounted for by a preexisting, established, or evolving dementia. The disturbance develops over a short period of time (usually hours to days) and tends to fluctuate during the course of the day. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is caused by the direct physiological consequences of a general medical condition (American Psychiatric Association, 2000).

Older patient : The older hospitalized patient aged more than 60 years old on calendar year (United Nation, 1982).

Methodology

Research reports and academic papers were selected for review. A comprehensive search was undertaken involving major databases including The Cochrane Database of Systematic Review, PubMed, Blackwell synergy, CINAHL and reference lists of all relevance papers published during the year 1997-2006. The keywords used in searching were Delirium, Acute confusion prevention, intervention, management, older persons, model of care. The selection criteria were; Thai or English literature concerning delirium prevention and management model for older hospitalized patients. The quality assessment of the evidence based on Royal College of Physician of Thailand (RCPT) research quality assessing criteria (2001) which classified the researches into 4 quality level as follows;

Level A signified the evidence obtained from meta-analysis of randomized controlled trials research or randomized control trial research

Level B signified the evidence obtained from meta – analysis of at least one non-randomized control trial research or non-randomized controlled trials, cohort study, case control study

Level C signified the evidence obtained from comparison researchs, correlation research, or descriptive study..

Level D signified the evidence obtained from expert consensus.

Results

Sample characteristics

The samples were 11 research literatures and 3 academic articles. According to the criteria recommended by The Royal College of Physicians of Thailand (2001), 6 of them were randomized controlled trial (A level) which 4 of them studied in general medical patients and 2 of them studied in hip replacement patients, 5 non-randomized controlled trial (B level) which 3 of them studied in the general medical patient and 2 of them studied in hip fracture patients, 3 expert consensus which 1 of them studied in general medical patient and 2 of them studied in post-acute illness patients. The total samples were 3,103 persons and all were hospitalized older patients aged 70 years and older. Delirium prevention and management model for hospitalized older patients according to literature review could be classified into 3 groups based on illness characteristics as follows; - Delirium prevention and intervention model studied in general medical patients, older patient with hip fracture and post-acute illness. The prevention and intervention model were different depending on illness characteristic of older patient and risk factors of delirium as follows;

1. Delirium prevention and intervention model for general medical older patient. According to the analysis, there were 8 evidences which 3 of them were prevention Model (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) and 5 of them were management model (Cole et al., 2002: Level A; Flaherty et al., 2003:Level D; Lundstrom et al., 2005:Level A; Milisen et al., 2005: Level A; Pitakala et al., 2006: Level A). Each evidence comprised of delirium prevention from multifactorial risk factors arisen out of various pathological aspects and management method by arranging appropriate environment in older patient with delirium room, education support to staff and relative to establish correct realization in early stage. The result of literature review can be detailed as follows;

Delirium prevention focused on 6 risk factors intervention (Inouye et al., 1999, 2000) which was a Elder Hospital Life Program carried out by multidisciplinary team and volunteer trained on elder care. The 6 risk factors of delirium was cognitive impairment, sleep deprivation, Immobility, hearing impairment, visual impairment, and dehydration. The standard practice to prevent and manage risk factors was established. The result of study revealed the delirium prevention in older patient by multicomponent strategy was able to reduce delirium incidence rate in intervention group significantly in comparison with the usual care group (9.9% and 15%,

respectively, $p = 0.02$) and the number of days with delirium in Intervention group was also significantly lower than that of the usual care group ($p = 0.02$ and $p = 0.03$, respectively). The model delirium management was focus on systematic detection and multidisciplinary care (Cole et al., 2002: Level A). The intervention group was counseled and followed up by geriatric internist or psychiatrist and follow up in hospital by study nurse. The consultation determined the probably predisposing, precipitating factors and perpetuating factors of delirium and resulted in management recommendations which were recorded on a regular hospital consultation form and signaled in the progress notes. The study nurse visited the patient 5 days per week. The multidisciplinary team met after every 8-10 patients were enrolled in the intervention group to discuss delirium management problems. The study shown in the prevalence of delirium at admission was 12.6%, the incidence of delirium with out prevalence was 3.3% and recovery rate of delirium in intervention group and usual care group was not different (48% and 45%, respectively) was 36 days for both groups.

New model of care for older patient with delirium (delirium room DR) (Flaherty et al., 2003). Nurse had independent role to make decision, Multidisciplinary team, meeting 5 days a week, In addition to typical nursing issues, nurses are required to comment on each patient's mental status every day. Nursing care for delirious patients can be challenging. Environmental needs of delirious patients include not only the physical environment, but also the environment of attitudes and nonpharmacological approaches that nurses use with these patients. The study result revealed that patient in the DR had a length of stay (LOS) equal to the expected LOS based on Diagnostic related group (DRG) increasing delirium care efficacy using the same nurse: patient ratio which could decrease hospital cost. Intervention program to reduce delirium incidence, length of stay in hospital, and mortality rate was studied by Lundstrom et al., 2005; level A). The program was multifactorial intervention comprising of 2 days course for staff on geriatric medicine focusing on assessment, prevention, and treatment of delirium, Education concerning caregiver-patient interaction focusing on patients with dementia and delirium. Reorganization form a task-allocation care system to a patient-allocation system with individual care and Guidance for nursing staff once a month. The study result, revealed that delirium incidence rate in the 3rd hospitalized

day of intervention group was lower than control group but not significantly. On the 7th hospitalized day, the delirium incidence rate of the experimental group was lower than that of the controlled group significantly (30.2% and 59.7%, respectively; $p = 0.001$). Length of stay in the hospital of intervention group was lower than controlled group significantly at $p < 0.001$ (9.4 ± 8.2 and 13.4 ± 12.5 days) and length of stay in the hospital of the intervention group of the first day delirium was also lower than the controlled group (10.8 ± 8.3 and 20.5 ± 17.2 days respectively; $p < 0.001$) moreover, the mortality rate of intervention group was lower than the controlled group significantly (3.2% and 14.5%, respectively).

Tabet et al. (2005: level B) studied the education intervention for medical and nursing staff to reduce the number of incident cases of delirium and increase recognition cases of delirium. The intervention, which aimed to increase awareness and knowledge of delirium among staff, comprised three components, 1) a 1 hour session including a formal presentation and small group discussion 2) written information and guidelines on how to prevent, recognize and manage delirium in older people 3) regular one to one and small group discussions lasting up to an hour during which staff were encouraged to discuss discharged challenging cases. The study result revealed that the prevalence rate of delirium in experimental group were lesser than the controlled group significantly ($p < 0.05$), the delirium detection in experimental group was higher than the controlled group ($p < 0.01$) and the delirium diagnostic record in experimental group was higher than that of the controlled group ($p = 0.15$).

Milisen et al. (2005: Level A) conducted systematic review on delirium management in hospitalized older patients. The 7 researches on multicomponent intervention of delirium were reviewed, i.e., 4 of them were delirium prevention (Bogardus et al., 2003: Level B; Inouye et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2000: Level A; Wanich et al., 1992: Level B) and 3 of them were delirium management (Ptkala et al., 2006: Level A, Cole et al., 1994: Level A; Milisen et al.) . Multicomponent intervention strategies and its intervention efficacy against onset time, severity, functionality, and length of stay in the hospital were reviewed. The delirium preventive intervention focused on the risk factor prevention which varied depending on each individual patient, for instance, the prevention intervention for general medical patient was focused on cognitive impairment, sleep disturbance, motion,

sensory misperception especially hearing and sight, drug administration and bed restraint, health care personnel and caregiver education; in the surgical patient, the prevention intervention was focused on preparing patient for surgery, care for adequate oxygen, water-mineral balance, and pain management. According to the study, the multicomponent intervention program can be divided into 3 prevention programs and 3 management programs. Prevention comprised of consulting geriatric physician before or after surgery within 24 hours, adopting standard care plan (Marcantonio et al., 2001). Wanich et al. (1992) studied a prevention program comprised of daily delirium assessment by geriatric specialized nurse, educated nurse and collaborated with nurse and physician including discharge planning. Inourye et al. (1999) studied a prevention intervention covering 6 risk factors..

Multicomponent delirium management for older patient with delirium was studied by Pitkala et al. (2006: Level A). The intervention group were correct delirium diagnosis, comprehensive geriatric assessment, psychotic drug administration avoidance, cognitive activation, physical therapist counseling, the older patient care activity comprised of administering calcium and Vitamin D to prevent spongitis, administering cholinesterase inhibitor to patient with cognitive impairment from Mini - Mental State Examination result and conducted discharge planning in collaborative with social worker officer, activity therapist, and caregiver. The study result revealed that after follow up for 1 year, the mortality rate and rate of permanently institutionalized of the intervention group was not different from controlled group (60.9% and 64.4% respectively, $p = 0.638$). Older samples in the intervention group and controlled group stayed in institutions 126 days and 140 days in average respectively which was not significant ($p = 0.688$). However, the older patient in intervention group was getting better during hospitalized and recover from cognitive impairment within 6 months significantly.

2) Delirium prevention and intervention in older patient postoperative after hip fracture totally 4 literature were found (Bitsch et al., 2004: Level A; Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milisen et al., 2001: Level B). The review outcome can be detailed as follows; Lundstorm et al. (1999: Level B) studied the nursing and medical care reorganization to reduce delirium incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in older patient treated for

Femoral Neck fracture. The intervention group was treated by the following intervention, education program for staff, co-operation between orthopaedics surgeons and geriatricians, individualized medical care, rehabilitation planning, improved ward environment, active nutrition, Improved contenting of care, prevention and treatment of complication association with delirium The result of study was that delirium incidence rate in intervention group was 31% and the usual care group no1& no2 were 61% and 48% respectively. Therefore the delirium incidence in intervention group was lower than that of the usual care group significantly.

Marcantonio et al. (2001: Level A) studied the counseling intervention in older patient with hip fracture repair care to reduce delirium incidence. Older patient in intervention group got a proactive geriatric consultation preoperative within 24 hours, a geriatrician performed visited the patient daily during hospitalization, the counseling comprised of the following 10 issues as follows; adequate oxygen supply to ensure brain oxygen level, maintain fluid/electrolyte balance, appropriate pain management, review drug administration, Elimination of unnecessary medications such as benzodiazepines, Anticholinergic, Antihistamine group, regulation of bowed/bladder function, adequate nutrition intake, mobilization and rehabilitation activation by encouraging ambulation within 1 day postoperative, prevention, early detection and treatment of major postoperative complication such as acute ischemia, arrhythmia, pneumonia, pulmonary embolism, urinary track infection, arrange appropriate environment stimuli, such as provide eyeglasses and hearing aids, calendar, and clock, treatment of agitated delirium, consider agitation controlling drug, allow family presence in medical and nursing care. The study result revealed that the delirium incidence rate of the intervention group was 32% and that of usual care group was 50% which was significant at $p = 0.04$. The delirium severity of the intervention group was 12% and that of the usual care group was 29% which was also significant at $p = 0.02$. For the hospital length of stay, the register rate in the older rest home after discharged from hospital, and delirium after discharge of both group were not significantly different.

Nursing intervention program for older patient with hip fracture repair having delirium was studied by Millisen et al. (2001: Level B). The intervention group got the nursing intervention carried out by nurse educated in knowledge and systematic

screening of cognitive status, diagnosis, and treatment of early recognition delirium. The education content was pathophysiology of delirium, depression, and dementia. Education postures were presented in department comprising of delirium according to CAM indication. The systematic screening training used the standard screening. NEECHAM confusion scale was also trained, reorganize the nursing care by primary nurse to register nurse, train the nurse to be competent for taking delirium resource nurse role, provide counseling by geriatric specialist nurse or geriatrician. In addition, effective pain management program was provided. The study result demonstrated the delirium incidence rate of intervention group and usual care group were different insignificantly. (20% and 23.3%, respectively, $p = .82$). However, the duration of delirium in experimental group was significantly less than controlled group ($p = 0.03$) and the severity of delirium of experimental group was lesser than controlled group significantly ($p = 0.0049$).

Bitsch et al. (2004: Level A) reviewed delirium intervention in postoperative patient with hip fracture repair in 4 literatures (Gustafson et al., 1991: Level A; Lundstrom et al., 1999: Level B; Millisen et al., 2001: Level B; Marcantonio et al., 2001 Level A). Gustafson et al. (1991: Level A) studied the delirium preventive intervention by providing adequate oxygen supply from the admission day to the first day postoperative, giving crystalloids fluid intake, and counseling geriatrician. The study result revealed that the preventive intervention was able to reduce delirium incidence from 61% to 48%. Lundstrom et al. (1999: Level B) studied the intervention of: collaborative care team comprised of geriatric physician and orthopedic surgeon, hypoxia prevention, rapid rehabilitation. The study result revealed that the intervention could indeed reduce delirium incidence in intervention group significantly compared with the past studies, i.e., 31%, 61%, and 48%, respectively. Milisen et al. (2001: Level B) studied the development of medical care system led by registered nurse and the care system was reorganized. The study result revealed indifference in delirium incidence rate between experimental group and controlled group but delirium duration and severity decreased. Maractonio et al. (2001: Level A) studied the counseling by geriatric physician.

3. According to the review of delirium prevention and intervention in post acute care patient, 2 literatures were obtained (Bergmann, et al., 2005: Level D;

Lyons, 2006 Level D). These works focused on prevention and intervention of delirium sustained or relapse in post acute care patient which can be reviewed as follows; The delirium intervention in post acute care patient (Bergman et al., 2005: Level D). This program was developed from the counseling intervention for delirium prevention in post operative patient with hip fracture repair or called Delirium abatement program (DAP) which can be utilized to develop the quality of service since this program did not create additional cost as the existing personnel can be utilized to carry out the program work in parallel with the routine work.

Delirium prevention and intervention in post-acute older patient (Lyon, 2006: Level D) was carried out by 6 risk factors prevention, i.e., promote surrounding recognition and arrange perception activation activity, appropriate exercise, provide eyeglasses and hearing aids, dehydration prevention, patient safety focused intervention management, risk factors discovery and management, severe delirium intervention which still lack of supporting research. However, Mocusker et al. (2001) studied the relationship between hospital surrounding and severity of delirium and found that giving information on date, time, place and person as well as supporting in sensory perception especially hearing and sight was able to reduce severity of delirium.

In summary, the research literature and academic article review from electronic database on delirium prevention and management for older patient since 1997-2006 yielded that the literatures could be divided into 3 categories based on patient characteristics, i.e., general medical patient, postoperative after hip fracture patient and post acute care patient which the care strategies were different. For general medical patient the intervention focus on early delirium detection and diagnosis and intervention on frequently found risk factors such as sleep deprivation, Immobility , hearing and visual impairment and dehydration. Thus the delirium risk factors prevention and intervention is the priority for general medical patient. For postoperative after hip fracture patient, the care strategy was generally the same but pain management and postoperative complication management were the important delirium risk factors needed to be intervened. For post-acute patient, only 2 literatures on delirium prevention and management were found which was the same principle as of general medical patients such as 6 delirium risk factors assessment and patient's safety focused intervention, delirium and delirium risk factors cause finding, The

result from literature review could be utilized by geriatric medicine specialist nurse to develop the nursing practice guideline for delirium care in older hospitalized patient.

Discussion

According to literature review in totally 14 research literature and academic article concerning delirium prevention and intervention in older hospitalized patient, the delirium care can be divided into two types 1) delirium prevention, 2) delirium intervention. The delirium prevention also can also divided into delirium prevention in general medical patients (Inouye et al., 1999, 2000: Level B; Tabet et al., 2005: Level B) and delirium prevention in patient with hip fracture repair (Lundstrom et al., 1999: Level B; Marcantonio et al., 2001: Level A; Milsen et al., 2001: Level B). Delirium prevention practice for general medical patient was developed from the finding that cause of delirium was multifactorial (Francis et al., 1990). Inouye et al. (1994) classified the risk factors to predisposing factor and precipitating factor which just occur during hospitalization. The delirium predicting risk factor was studied leading to 6 delirium risk factors prevention practice (Inouye et al., 1999, 2000) which were cognitive impairment, sleep deprivation, Immobility, hearing and visual impairment, and dehydration. The study was non-randomized controlled trial due to the limitation of number of bed in the setting. However, the sample selection was done by individual matching which gave adequate number of sample (n = 852) as well as follow up the practice all along the study including risk factor and mental state assessment together with multidisciplinary care team. From the mentioned delirium prevention practice, nurse obviously played important and independent roles in complete delirium assessment, delirium risk factor prevention practice, and follow up the nursing care outcome continuously in order to enable effective delirium prevention practice in general medical older patient thus ensuring the reduction of delirium incidence thus enhance the geriatric nursing quality indicator.

Later Tabet et al. (2005) studied education intervention to improve realization and ability to diagnose delirium. According to Inouye et al. (1999), there were 32-67% of older patient with delirium who was not delirium diagnosed. After education intervention to physician and nurses, the prevalence rate of delirium decrease and the

rate of delirium diagnosis increased. The content of education included delirium prevention and intervention which was in accordance with Inouye et al.(1999, 2000). Delirium prevention in older patient with hip fracture repair had addition intervention from general medical older patient since hypoxia, pain and postoperative complication were the additional delirium risk factor. As a result, delirium incidence rate of older patient with hip fracture repair was as high as 15-53% (Agostini, et al., 2003). Thus, delirium prevention in older patient with hip fracture repair included 6 delirium risk factor prevention as intervened with general medical patient (Inouye, 1999, 2000) and additional 10 post-operative delirium risk factor prevention (Marcantonio), i.e., adequate oxygen supply, pain management, review drug administration, eliminating care, adequate nutrition intake, postoperative complication care and prevention, delirium symptom treatment. Obviously, the additional medical care strategy aimed at postoperative risk factor prevention . In addition, there were nursing program for older patient with hip fracture repair which was an intra-discipline nursing practice (Millisen et al., 2001). The nursing practice included delirium education, systematic screening, establish case manager system resumed by nurse, increase nurse manpower for patient care, establish delirium counseling by delirium resource nurse. From the review of this delirium prevention work, it was found that the delirium care strategy in older patient with hip fracture repair were added up from the general medical older patient, i.e., focused on 6 delirium risk factors prevention as same as of general medical patient in preoperative phase then focused on 10 postoperative delirium risk factor prevention strategy. Obviously, the delirium prevention strategy was able to decrease delirium incidence and severity in older patient with hip fracture repair (Marcantonio et al., 2001; Millisen et al., 2001). The delirium intervention for hospitalized older patient was the intervention for general medical older patient (Bergman et al., 2005; Cole et al., 2002; Lunstrom et al., 2005; Lyons, 2006; Pitkala et al., 2006). Delirium intervention in general medical older patient was the multicomponent intervention combined with prevention conducted by interdisciplinary team, delirium education intervention was provided for health care personnel with the following intervention, i.e., possess standard delirium assessing instrument, prevent and intervene delirium complication, and recover cognition and ADL ability. According to the study, the outcome of delirium intervention were less effective than

delirium prevention, i.e., according to Cole et al. (2002) the delirium recovery rate was not different for delirium intervention and controlled since most of patient had predisposed dementia prior admission thus the response to delirium intervention was not significant and the delirium care standard of experimental group and controlled group was not vaguely different and both groups were intervened by the same team.

According to the review, it was found that intervention strategy could reduce delirium duration and severity as well as hospital length of stay. There were 14 evidences recruited as the samples comprised of 11 research literatures and 3 academic articles concerning delirium prevention and intervention in hospitalized older patient. The literature samples were classified based on the quality of evidences level defined by Royal College of Physician of Thailand (2001) as follows; 6 Level A evidences, 5 Level B evidences, 3 Level D evidences. Obviously most evidences were in Level A and B which were Randomized Controlled trial and Non-Randomized Controlled trial study. There were also individual matching sampling and forward study (Inouye et al., 1999) which can be held as very reliable researches since the sample size was 852 samples. In addition, this research also highlighted the importance of practice follow up in experimental group which 87% carried on the delirium prevention practice. In addition, the strategy for 6 delirium risk factor prevention was obtained from delirium onset prediction research. The diagnostic instrument in each research was reliable and accurate based on mental disorder diagnostic and statistic manual (APA, 2000).

Recommendation for result implementation

1. According to review and synthesis of research concerning delirium prevention and management program, it was found that prevention program was very effective in reducing delirium incidence. In addition, nurse possessed important role in multidisciplinary delirium care team. Nurse even played a team leader role in delirium prevention team for older patient with hip fracture repair.
2. Arrange education program for multidisciplinary team to enhance quality of care for delirium prevention and management in older patient.
3. Develop multidisciplinary team for delirium prevention care for older patient.

4. Specify delirium assessment in the admitting older patient as a policy to reduce delirium incidence in the hospital and motivate the health care personnel to realize the delirium problem at the early stage and to increase the delirium diagnosis for older patient in order to provide high quality care service.

Recommendation for future study

1. More research on delirium prevention and management in acute ill patient should be conducted.
2. The delirium prevention and management in other group of patient such as cancer patient or palliative care should be conducted to develop the standard care and enhancing the quality of care.
3. The research on delirium prevention and management in hospitalized older patient in Thailand should be conducted to study any different delirium risk factor to improve the quality of delirium prevention and management program for Thai older patient.

Limitation of the study

1. The research literature and academic paper concerning delirium prevention and management in post-acute older patient were rarely available. The delirium care strategy mentioned in these research still requires support from further research.
2. The researches on delirium prevention and management in hospitalized older patient were limited to the delirium due to physical condition only, it would not appropriate for delirium arisen out of the other causes.

รายการอ้างอิง

- บุศรา เอี้ยวสกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก. (2545). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 8(3), 209-23.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2539). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). *ประชากรสูงอายุไทยในภาพรวม ชัยวัฒน์, ผู้สูงอายุประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568*.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *คำแนะนำการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice guideline)*. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(16), 36-37.
- American Psychiatric Association. (2000). *Psychiatric diagnosis and the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition) DSM-IV*. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- Agostini, J.V., Inouye, S.K., Blass, J.P., Halter, J.B., Quislander, J.G., Tinetti, M.E. (2003). *Delirium in Hazzard. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill, 5, 1503-15.
- Alagiakrishnan, K. (2005). *Delirium. Medicine*, Retrieved March 30, 2006 from: <http://www.Emedicine.com/med/topic3006.htm>
- Brady, P. (1987). Labeling of confusion in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 29-32.

- Bowman, A. M. (1997). Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly, clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing*, 26 , 550-564.
- Bucht, G., Gustafson, Y., & Sandberg, O. (1999). Epidemiology of delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10, 315-318.
- Bergmann, M.A., Murphy, K.M., Kiely, D.K., Jones, R.N., & Marcantonio, E.R. (2005). A Model for Management of delirious post acute care patients. *The American Geriatrics Society*, 53, 1817-1825.
- Casey, D.A., Defazio, J.V. JR., Vansickle, K., & Lippmann, S.B. (1996). Delirium Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. *Postgrad Med*, 100(1), 121-124.
- Casarett, D., & Inouye, S.K. (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med*, 135, 32-40.
- Cole, M.G., Mccusker, J., Bellavance, F., Primeau, F.J., Bailey, R.F., & Bonnycastle, M.J. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 753-759.
- Davis Samuels, S. & Evers, M. (2002). Delirium: pragmatic guidance for managing a common, confounding and sometimes lethal condition. *Geriatrics*, 57(6) 33-40.
- Elie, M., Cole, M.G., Primeau, F.J., & Bellavance, F. (1998). Delirium risk factor in Elderly hospitalized patients. *Journal Gen Intern Med*, 13, 204-212.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mchugh, P.R. (1975). Mini-mental state. a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric res*, 12, 189-198.
- Foreman, M. (1989). Confusion in the hospitalized elderly. *Research in Nursing & Health*, 12 , 21-29.
- Francis, J., & Kapoor, W. (1990). Delirium in hospitalized elderly. *Journal of General Internal Medicine*, 5, 65-79.
- Flacker, J.M., & Marcantonio, E.R. (1998). Delirium in the elderly. *Drugs Aging*, 13, 119-130.
- Fann, J.R. (2000). The epidemiology of delirium a review of studies and methodological Issues. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5, 64-76.

- Fick, D., & Foreman, M. (2000). Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 30-40.
- Flaherty, J.H., Tarig, S.H., Raghavan, S., Bakshi, S., Moinuddin, A., & Morley, J.E. (2003). A Model for managing delirious older inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1031-1035.
- Hamish, T., & Lan, J. Norman. (2006). *Nursing older people*. Edinburgh London New York Oxford Philadelphic St Louis Sydney Toronto Inouye, S.K., Van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R.I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113, 941-948.
- Inouye, S.K., Van, Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegal, A.P., & Horwitz, R.I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. a new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113, 941-948.
- Inouye, S.K., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., Hurst, L.D., & Tinetti, M.E. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical Patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med*, 119, 474-481.
- Inouye, S.K. (1994). The dilemma of delirium Clinical and research controversies regarding Diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *American Journal of Medicine*, 97(3), 278-288.
- Inouye, S.K. (1998). Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatric Med*, 14, 745-764.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Charpentier, P.A., Summers, L.L., Acampora, D., Holford, T.R., & Cooney, L.M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340 (9), 669-676.
- Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Summer, L.L., & Cooney, L.M. (2000). The hospital elder life program. a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.

- Inouye, S.K., Foreman, M.D., Mion, L.C., Katz, K.H., & Cooney, L.M. (2001). Nurses recognition of delirium and its symptoms; comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*, 19, 271-7.
- Inouye, S.K., & Marcantonio, E.R. (2003). Preventing delirium in the hospital. *Harvard Health letter*, 29(1).
- Inouye, S.K., Baker, D.I., Fugal, P., & Bradley, E.H. (2006). Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1492-1499.
- Korevaar, C.J., Van munster, C.B., & Rooij, S. (2005). Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients. *BMC Geriatrics*, 5, 6.
- Kalisvaart, K.J., Vreeswijk, R., Jonghe, D., Jos, F.M., Vander, T., Vangool, W.A., & Eikelenboom, P. (2006). Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip-surgery patients: implementation and validation of a medical risk factor model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 817-822.
- Lipowski, Z.J. (1990). Delirium: acute confusional states. *Oxford University Press*, Oxford.
- Lindesay, J., Macdonald, A., Stake, I. (1990). Delirium in the older. *Oxford University Press*, New York.
- Liptzin, B., & Levkoff, S.E. (1992). An empirical study of delirium subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 161, 843-845.
- Ludwick, R. (1993). Nurses' response to patient's confusion. (Doctoral dissertation, KentState University). *Dissertation Abstracts International*, 54, 1548.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Lundstrom, G., & Gustafson, Y. (1999). Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scandinavia Journal of Caring Sciences*, 13, 193-200.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karisson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirious patients. *The American Geriatrics Society*, 53, 622-628.

- Marcantonio, E.R., Flacker, J.M., Wright, R.J., & Resnick, N.M. (2001). Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *The American Geriatrics Society*, 49, 516-522.
- Marieb, E.N. (2004). *Human anatomy and physiology*. 6th ed. San Francisco. Pearson Education.
- McCarthy, M. (1991). Interpretation of confusion in the aged: Conflicting models of clinical reasoning among nurses. (Doctoral dissertation, University of Francisco), *Dissertation Abstracts International*, 53, 020
- McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal American Geriatric Society*, 49, 1327-1334.
- McCaffrey, R., & Locsin, R. (2004). The effect music listening on acute confusion and Delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 91-9.
- Meagher, D.J., O'Hanlon, D., O' Mahony, E., Casey, P.R., & Trzepacz, P.T. (2000). Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 51-56.
- Michel, E., Martin, G.C., Francois, J.P., & Francois, B. (1998). Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *Journal General in Med*, 13, 204-12
- Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., Geest, S.D., Godderis, J., Vandumeulen, E., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip- fracture patients. *American Geriatrics Society*, 49, 523-532.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M.D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 79-90.
- Morgan, D. (1985). Nurses' perception of mental confusion in the elderly: Influence of resident and setting characteristics. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 102-112.
- Moran, J.A & Dorevitch, M.I. (2001). Delirium in the hospitalized elderly. *Aust Journal Hospital Pharm*, 31, 35-40.
- Munoz, E., et al. (1989) Diagnosis. related groups costs and outcome for patients. in the intensive care unit. *Heart lung*, 18(6), 627.

- Palmateer, L., & McCartney, J. (1985). Do nurses know when patients have cognitive impairment. *Journal of Gerontological Nursing*, 11(2), 6-16
- Pisani, M.A., Mcnicoll, L., & Inouye, S.K. (2003). Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clinical Chest Med*, 24, 727-737.
- Pitkala, K.H., Laurila, J.V., Strandberg, T.E., & Tilvis, R.S. (2006). Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium. *The Gerontological Society of American*, 61A, 176-181.
- Romano, J., & Engel, G.L. (1944). Delirium I:electroencephalographic data. *Arch Neural Psychiatry*, 51, 356-377.
- Rizzo, J.A., Bogardus, S.T., Leo, S.L., Williams, C.S., Acampora, D., & Inouye, S.K. (2001) Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients : what is the economic value?. *Medical Care*, 39, 740-752.
- Schuurmans, M.J., Deschamps, P.I., Markham, S.W., Shortridge., Baggett L.M., Duursma, S.A., (2003) The measurement of delirium review of scales. *Theory Nurse practice* , 17, 207-224.
- Stanley, M., & Beare, B.G. (1995). *Gerontological Nursing*. Philadelphia: FA
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., et al. (2005). An education intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Aging*, 34, 152-156.
- Tin Niam, M.D., Bruce, J.J., & Bruce, D.G. (2005). Quality project to prevent delirium after Hip fracture. *Australasian Journal on Aging*, 24, 174-177.
- Trzepacz, P.T. (1996). Delirium: advances in diagnosis. pathophysiology and treatment psychiatric. *Clinics of North American*, 19, 429-448.
- Trzepacz, P., van der Mast R. The neuropathophysiology of delirium. In: Lindesay, J., Rockwood, K., Macdonald, A. (2002) *Delirium in Old age* (51-90). Oxford, England: Oxford University Press.
- Wang, S.P. (2006). Nursing experience with reducing delirium in a hospitalized elderly patient. *Hu Li Zhi*, 53, 93-97.

ประวัติผู้วิจัย

ผู้วิจัย

บุษยา เลียบทวี

วัน เดือน ปีเกิด

8 ธันวาคม พ.ศ.2506

ภูมิลำเนา

อ. สัตหีบ จ.ชลบุรี

ประวัติการศึกษา

2535 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
2551 มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อน
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล

บ้านพัก

68/152 ม.เพอร์เฟกเพลส ซ.รามคำแหง164
ถ.รามคำแหง แขวงมีนบุรี เขต มีนบุรี กทม.
รหัสไปรษณีย์ 10510