

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ



แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแล ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



โดย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ

“แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ”

- จัดทำโดย : สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2024 8481
- ISBN : 978-616-8322-72-7
- พิมพ์ครั้งที่ 1 : ปี 2567 จำนวน 400 เล่ม
- พิมพ์ที่ : บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด
64/2 หมู่ที่ 5 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางกรวย อำเภอบางกรวย
จังหวัดนนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 0 2408 2602 โทรศัพท์มือถือ : 085 367 4999

ที่ปรึกษา

1. อธิบดีกรมการแพทย์
2. รองอธิบดีกรมการแพทย์ (นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์)
3. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
4. นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา กรรมการสภาการพยาบาล

คณะผู้เชี่ยวชาญทบทวน

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา | ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รศ.ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี | สมาคมพญาพิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย |
| 5. ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 6. อาจารย์นิตยา จันทบุตร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.วรรัตน์ ประทานวรปัญญา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |

บรรณาธิการ

นางกมลลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
-----------------------------	---

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 2. นางพวงงาม พงศ์จตุรวิทย์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| 3. นางสาวปณิตา มุ่งกลาง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |

ผู้เขียน

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา | นักวิชาการพยาบาลเชี่ยวชาญ
กรรมการสภาการพยาบาล สภาการพยาบาล |
| 2. นางพรจันทร์ สัยละมัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 3. นางสาวกาญจนา เหลี่ยมไทร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 4. นางสาวรุ่งนภา คงภักดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 5. นางสาวสาลิณี ไทยธวัช | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันประสาทวิทยา |
| 6. นางยุพิน เรืองพิสิฐ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันประสาทวิทยา |
| 7. นางชนากานต์ แท้วิริยะกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันโรคทรวงอก |
| 8. นางศุภลักษณ์ ชูวงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันโรคทรวงอก |
| 9. นางสาวสุชีรา อังตระกูล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
สถาบันโรคทรวงอก |
| 10. นางสาวปองหทัย พุ่มระย้า | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี |
| 11. นางวาศินี อ่อนท้วม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| 12. นางสาวอนุชตรา วรรณเสวก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 13. นางโสภิต ทับทิมหิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 14. นางสาวนันทยา แก้ววงษา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 15. นางสาวปิ่นธสุทธิ์ ยอดราชสุริยะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 16. นางสาวพัชรี แสงอรุณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 17. นางสาวชนิษฐา หมอยาดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลราชวิถี |

18. นางสาวอัญชลี สุนทรสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์
19. นางสาวชลธิ์ เครือสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์
20. นางสาวกิงดาว ชุ่มอารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
21. นางสาวสุชาณี ศรีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
22. นายภัควัฒน์ บุญเจริญธนพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันโรคผิวหนัง
23. นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
24. นางสุวรรณา สมัครธรรม	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช

คำนิยม

คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเล่มนี้ ได้กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ พยาธิสรีรวิทยา การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ชนิดของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ การคัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประเมินเพื่อช่วยในการวินิจฉัย และการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หลักการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งเครื่องมือวัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและการให้การพยาบาลเมื่อเกิดอาการในระยะเริ่มแรกเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติในสังคมได้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยเขียนขึ้นอย่างสร้างสรรค์และมีความเข้าใจภาวะของผู้สูงอายุ เหมาะสำหรับการพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การเรียบเรียงสาระอ่านเข้าใจด้วยภาษาง่าย ๆ มีการสรุปเนื้อหาและประเด็นความรู้สำหรับช่วยพยาบาลหรือผู้สนใจที่ได้เริ่มอ่านให้เริ่มคิดและเริ่มทำความเข้าใจ การเรียนรู้จากคู่มือเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุให้ปลอดภัยจากภาวะที่ไม่พึงประสงค์ได้



(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมการแพทย์

คำนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายวิภาคและสรีรวิทยาในทางเสื่อมลง ผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และโรคมีความซับซ้อน มีแนวโน้มที่จะรักษาไม่หายขาด เกิดปัญหาผู้ป่วยสูงอายุนอนรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยนาน (Bed-blocker) การจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากโรงพยาบาลทำได้ยาก ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า (Delirium) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าซึมเศร้ากันมากนัก ภาวะนี้เกิดอย่างฉับพลันและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่หากได้รับการช่วยเหลือแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุและให้การดูแลรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะสามารถกลับคืนเป็นปกติได้โดยเร็ว ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าจึงจัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ควรได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากพยาบาลในฐานะที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงได้มีการจัดทำคู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน (Acute Hospital Care) ทุกท่านที่กรุณาสละเวลามาร่วมคิดและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้คู่มือเล่มนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี และหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะให้ความรู้และเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ จะนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประโยชน์ หากมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะประการใดผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง



(นางบุษกร โลหารขุน)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
แนวทางการจัดทำคู่มือ	1
บทที่ 1	3
ความเป็นมาและความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	3
วัตถุประสงค์	5
บทที่ 2	7
ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	7
พยาธิสรีรวิทยา	7
ชนิดของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	8
ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	9
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	10
บทที่ 3	13
การคัดกรอง/ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	13
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	16
การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	17
การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	20
บทที่ 4	23
หลักการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ	23
การนอนหลับ	27
ความปวด	31
การติดเชื้อ	40
ยาที่ได้รับ	45
การได้รับน้ำ	50
อาหาร	52
ท้องผูก	56
การกระตุ้นการเคลื่อนไหว	60
สภาพแวดล้อม	63
บทที่ 5	65
แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	65
การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในต่างประเทศ	68
การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละแผนก	69
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6	77
เครื่องชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล	77
เอกสารอ้างอิง	85
ภาคผนวก	95
เอกสารแนบหมายเลข 1 แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: Modified Thai Frailty Index	96
เอกสารแนบหมายเลข 2 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแบบพลัน	98
เอกสารแนบหมายเลข 3 แบบฟอร์มรายการตรวจสอบ (Check list) เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง	
เอกสารแนบหมายเลข 3 เครื่องมือประเมินระดับความรู้สึกตัว The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)	101
เอกสารแนบหมายเลข 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบพลัน ฉบับภาษาไทย: CAM-T	102
เอกสารแนบหมายเลข 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบพลันสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ฉบับภาษาไทย (CAM-ICU)	103
คำสั่งคณะทำงาน	105
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์	111

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง	14
ภาพที่ 2	ตัวอย่าง Flow chart การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแล ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	15
ภาพที่ 3	การป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	26
ภาพที่ 4	การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale	32
ภาพที่ 5	การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Faces Pain Rating Scale	33
ภาพที่ 6	การลดลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine ที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Delirium	46

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	ลักษณะทางเวชกรรมที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างภาวะซึมเศร้าแบบพลัน ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า	19
ตารางที่ 2	มาตรวัดความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม	34
ตารางที่ 3	เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Pain Observation Tool: CPOT)	35



บทนำ

แนวทางการจัดทำคู่มือ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรโดยรวมทั่วโลกเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการมีอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลง และวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนาดีขึ้น ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จากการคาดการณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง การมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 26.6 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมสูงอายุจึงมีความสำคัญ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงสำหรับสังคมสูงอายุ คือความหลากหลายที่มีทั้งความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการ เงื่อนไขทางสังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงความสูงอายุของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพโครงสร้างร่างกาย พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ลักษณะการใช้ชีวิตในช่วงวัยที่ผ่านมา เชื้อชาติ ปัญญา ระดับสุขภาพจิต ทักษะชีวิต ความสามารถในการจัดการความเครียด จึงไม่ควรสร้างมาตรฐานเดียวกับกลุ่มวัยอื่น

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ใช้บริการสุขภาพ ต้องคำนึงถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานทั้งในด้านการเข้าถึง ประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย รวมทั้งคุณธรรม จริยธรรม เป้าหมายในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับผลลัพธ์สุขภาพที่มีคุณค่า คือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นตัวเร็ว การไม่กลับเป็นซ้ำ และความสำคัญของการที่ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายในทางเสื่อมลง แต่จะไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมประจำตัวหลายโรค (Comorbidity) หากผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคอาจทำได้ยากเนื่องจากการมีอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจไม่เหมือนกับผู้ป่วยวัยอื่น มักพบว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน (Multiple pathology) และมีความรุนแรงมากขึ้นในเวลาอันรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาจากความซับซ้อนของปัญหาเหล่านี้ จึงเป็นเหตุผลในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องมีความเฉพาะ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (Tailor-made)

ดังนั้น สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำสาระความรู้สำหรับพยาบาล เพื่อใช้ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยใน (IPD) ให้เหมาะสมกับบริบทของเครือข่าย ในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน โดยจัดทำเป็นคู่มือ (Guidance) “แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ”

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนอาจเกิดจากหลายพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงจะไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งอย่างชัดเจน¹ สมองมีการทำงานบกพร่องอย่างกะทันหัน (Acute brain failure) ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด ความใส่ใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ภาวะนี้เป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่พบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช จัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Multifactorial syndrome)² มักเกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยของร่างกายชนิดเฉียบพลันหรือมีการเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้นอยู่ และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล³⁻⁶ ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันมากกว่าปีละ 2.6 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด มีอาการวิกลจริต หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต⁷ และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 22-76⁸ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 48.9⁹ และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 4.8-20.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 8.4-8.8 หอผู้ป่วยวิกลจริต ร้อยละ 3.5-22¹⁰ พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 50 ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต ร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันประมาณ 5.2 เท่า สำหรับการอุบัติการณ์ของภาวะซึมสับสนเฉียบพลันแตกต่างกันในแต่ละรายงาน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัย¹¹ จากการรวบรวมข้อมูลในระบบประกันสุขภาพทั้งหมดที่ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 96 ของประชากรทั้งประเทศ การเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันจำนวน 11,410 ครั้ง คิดเป็นอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 155.4 ครั้ง อัตราการเสียชีวิต 6.1 คนต่อประชากร 100,000 คน มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay) เฉลี่ย 22.3 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 53,174 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 5.4 วัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 18,230.8 บาท¹²

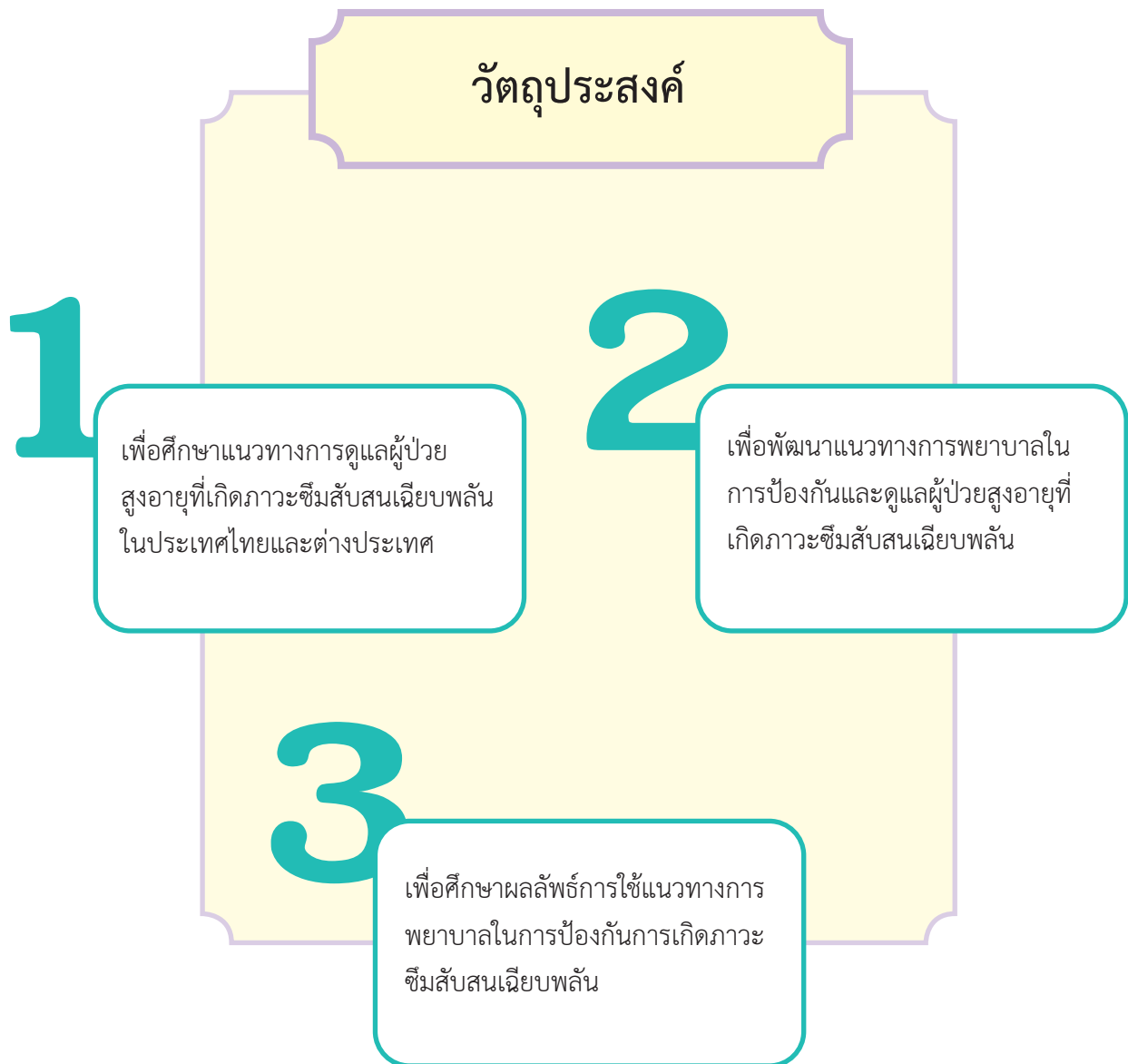
ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดในช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเกิดอาการอาจนานเป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นสัปดาห์⁵ หรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วยังคงมีอาการอยู่ บางรายอาจใช้เวลานานถึง 12 เดือน กว่าที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ระดับพื้นฐานของการรับรู้ก่อนการเกิดภาวะดังกล่าว ในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันขึ้น มีโอกาสที่จะกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Hospital readmissions)¹³ และผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันชนิดที่มีอาการเอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว เห็นภาพหลอน อาจถึงอุปสรรคต่าง ๆ ออกเอง เช่น สายให้น้ำเกลือ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษา เจ้าหน้าที่จึงทำการผูกมัดผู้ป่วย (Restraint) เพื่อเป็นการลดความวุ่นวาย แต่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและผู้ป่วยขาดความเป็นอิสระในการเคลื่อนไหว การให้ยานอนหลับ



เพื่อให้ผู้ป่วยสงบทำให้มีอาการง่วงซึม เมื่อผู้ป่วยลุกเดินจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม กลายเป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (iatrogenesis) ¹⁴ หรือการให้ยาระงับประสาท เช่น Lorazepam ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเฉียบพลันอยู่แล้วเกิดมีอาการสับสนมากยิ่งขึ้น ¹⁵ หากเกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันชนิดที่ระดับความรู้สึกตัวปกติแต่ไม่มีสมาธิจดจ่อ ผู้ดูแลอาจไม่ได้ให้ความสนใจเพราะไม่เข้าใจว่าเกิดอาการผิดปกติขึ้นแล้ว หรือเกิดชนิดที่ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม นอนหลับมาก เฉื่อยเมย ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเกิดความอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วยไม่ใช่อาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อยึดติดเกิดภาวะทุพพลภาพ ปอดอักเสบจากการสำลัก ¹⁶ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันยิ่งทำให้โรครุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นด้วย ¹⁷⁻¹⁸ ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันนำไปสู่การเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยสูงอายุ การรู้คิดลดลง (Cognitive decline) เกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ต่อไปได้ การทำงานของร่างกายลดลง (Functional decline) หากหกล้ม ¹⁹ ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ต้องเข้ารับการดูแลระยะยาว (Long term care) บางรายอาจต้องเข้าใช้บริการต่อในสถานบริบาลผู้สูงอายุ เช่น Nursing home การศึกษาที่ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่เกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.47 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุนั้นอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องมีคนคอยช่วยเหลือเกือบทั้งหมด ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีทั้งความชุกและอุบัติการณ์ที่สูงถึงแม้อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวไม่ถาวร ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือได้รับช้า ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วผู้ป่วยอาจจะสามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา มีรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมักถูกมองข้ามการประเมินภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันมากถึง ร้อยละ 80 ²⁰ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ควรให้ความสนใจในการคัดกรองและประเมินเพื่อเฝ้าระวังเมื่อพบว่าเกิดภาวะนี้ขึ้นควรรับหาสาเหตุและจัดการให้การดูแลรักษาอย่างทันที่ สำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรมีการประสานกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันมีผลกระทบที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพทั้งหมด

คู่มือ “แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ” พัฒนารขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ชนิดของภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมิน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีกว่าเดิม เป็นการสนับสนุนให้พยาบาลสามารถป้องกันและจัดการผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันหรือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นแล้ว พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลให้เป็นไปอย่างถูกต้อง สะดวกรวดเร็ว ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง





บทที่ 2

ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ มีความหมายตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 (ICD-11) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้รหัส 6D70 Delirium (ภาวะเพ้อ) อยู่หมวดความผิดปกติของระบบประสาทการรู้คิด (Neurocognitive disorders) มีความบกพร่องทางคลินิกของความสามารถรู้คิด (Cognitive function) ไม่รวมถึงความผิดปกติที่มีความบกพร่องความสามารถรู้คิดที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นระหว่างพัฒนาการตามวัย แต่ความผิดปกติของประสาทการรู้คิดในภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการเสื่อมถอยลงจากระดับความสามารถที่เคยทำได้มาก่อน มีลักษณะ คือมีความใส่ใจ (Attention) ที่ผิดปกติไป (ความสามารถลดลงในการกำกับ จดจ่อ คงไว้ และเปลี่ยนความใส่ใจ) และความรู้สึกตัว (Awareness) เช่น การลดลงของการรับรู้สภาพการณ์ปัจจุบันของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดขึ้นภายในช่วงเวลาสั้น ๆ และมีแนวโน้มที่อาการจะดีขึ้นและแย่ลงสลับกันในช่วงเวลาระหว่างวัน (Fluctuating) ร่วมกับความบกพร่องของการรู้คิด เช่น ความจำเสียไป ไม่รับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ มีความบกพร่องด้านภาษา ด้านความสามารถการรับรู้มิติทางสายตา หรือด้านการรับรู้ อาจพบความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น (Sleep-wake cycle) เป็นอาการจากความผิดปกติหรือโรคที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มโรคจิตเวชหรือความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจากภาวะเมาหรือถอนพิษสารเสพติด²¹

กลุ่มอาการของความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual impairment) ที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ Delirium ที่อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายระบบ¹ ซึ่งมีการเรียกชื่อต่างกันไป ในภาษาอังกฤษ เช่น Acute confusional state, Acute brain failure, Organic brain syndrome, Altered mental status, Alteration of consciousness, ICU psychosis, Postoperative delirium, Reversible cognitive dysfunction, Sundowner syndrome ในภาษาไทยมีการเรียกที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะสับสน ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะเพ้อ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ²² เพื่อให้เกิดความเข้าใจในลักษณะของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุว่ามีหลายชนิด ทั้งชนิดตื่นตัว คืออะอะ โวยวาย ก้าวร้าว หลงผิด ชนิดง่วงซึม คือเฉื่อยเมย เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ชนิดผสมผสานสลับไปมาระหว่างชนิดตื่นตัวและชนิดง่วงซึม หรือชนิดระดับความรู้สึกตัวปกติ แต่ไม่มีสมาธิจดจ่อ ความคิดไม่เป็นระบบ คู่มือเล่มนี้จึงขอใช้คำว่า “ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ”

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology)

สำหรับพยาธิสรีรวิทยาที่แท้จริงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ยังไม่สามารถสรุปกลไกที่สำคัญของการเกิดได้อย่างชัดเจน สารสื่อประสาทและสารเคมีในร่างกายที่มีส่วนร่วมในพยาธิสรีรวิทยา ได้แก่ Serotonin, Dopamine, Gamma aminobutyric acid (GABA), Glutamate, Cholinergic, Cortisol และ Cytokine²³ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้เซลล์ประสาทเสียหายอย่างถาวรอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต¹³



การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ^{8,17,24}

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมีความหลากหลายของกลุ่มอาการ ขึ้นกับพื้นฐานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล และปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ยังไม่มีสาเหตุที่แน่นอน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในเชิงพยาธิวิทยาสามารถอธิบายกลไกได้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น Dopamine ที่เพิ่มขึ้นจะไปควบคุมการหลั่งของ Acetylcholine ทำให้ Cholinergic activity ลดลง จึงเกิดความสูญเสียความรู้สึกตัว ความตั้งใจ ความใส่ใจ โดยมีหลักฐานว่าการใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergics เป็นสาเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

2. ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด มีการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองน้อยลง สมองจึงขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxia) เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative Stress) เมแทบอลิซึมในสมองลดลง ทำให้สารสื่อประสาทมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการยับยั้งการสังเคราะห์ Acetyl-coenzyme A, Acetylcholine

3. การเปลี่ยนแปลงของระดับกรดอะมิโน การเพิ่มขึ้นของกรดอะมิโน Tryptophan และ Phenylalanine ทำให้สารสื่อประสาท Dopamine และ Norepinephrine ในสมองสูงผิดปกติ ส่งผลให้ Acetylcholine ลดลง

4. การอักเสบติดเชื้อ ร่างกายจะตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบด้วยการหลั่งสาร Cytokine เพิ่มขึ้น เช่น Tumor necrosis factor- α ซึ่งสามารถผ่าน Blood-brain barrier ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง จึงทำให้ระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิดลดลง เกิดการสูญเสียการรับรู้ ความจำ

อย่างไรก็ตามหากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในสมองส่วนต่าง ๆ เช่น Prefrontal cortex ส่วนที่ควบคุมความคิดความสามารถในการทำงาน Reticular activating system ส่วนที่ควบคุมการตื่นและการรู้ตัว Cerebral cortex ส่วนที่ควบคุมการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งเร้า จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้เช่นกัน²⁵

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุและภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของความสามารถทางสติปัญญาโดยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดแบบเฉียบพลันสามารถกลับสู่ความสามารถที่เคยทำได้มาแต่เดิม แต่ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นเรื้อรังแบบค่อยเป็นค่อยไปอาการดำเนินต่อไปไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มโอกาสในการเกิดการบกพร่องของการรู้คิดในระยะยาว^{2,26}

ชนิดของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ^{2,19,27}

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุอาจแบ่งเป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. ชนิดตื่นตัว (Hyperactive delirium) ผู้ป่วยตื่นตัวมากกว่าปกติ มีพฤติกรรมอะละเวีย ว้าวุ่น ก้าวร้าว กระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้ เห็นภาพหลอน หลงผิด หลงวัน เวลา สถานที่

2. ชนิดง่วงซึม (Hypoactive delirium) ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวแบบง่วงซึม หรือหลับมากผิดปกติ จะมีลักษณะซึมเศร้าแบบไม่อะละเวีย ไม่ว้าวุ่น แต่เฉื่อยเมย ผู้ป่วยอาจโต้ตอบคำถามได้ช้าลง คิดช้าลง ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง

3. ชนิดผสมผสาน (Mixed delirium) ผู้ป่วยมีอาการสลับไปมาระหว่างชนิดตื่นตัว และชนิดง่วงซึม ระดับความรู้สึกตัวผันผวน

4. ชนิดระดับความรู้สึกตัวปกติ (Normal consciousness delirium) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเหมือนปกติ แต่ความคิดขาดตอน ไม่มีสมาธิจดจ่อ ความคิดไม่เป็นระบบ

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุถึงแม้จะยังไม่แน่ชัด แต่มีการแบ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยเสี่ยงที่จัดการไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่จัดการได้ หรือแบ่งปัจจัยเสี่ยงตามปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น การรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงจะช่วยจำแนกและทำการคัดกรองเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อจัดการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรก¹⁰

การเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งตามปัจจัยเสี่ยงที่จัดการไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่จัดการได้²⁸

1. ปัจจัยเสี่ยงที่จัดการไม่ได้ ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี เพศชาย มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้ว ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้า มีโรคร่วมหลายโรค เป็นโรคตับหรือโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีท่าเดินผิดปกติ หรือเคยหกล้ม
2. ปัจจัยเสี่ยงที่จัดการได้ ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การสูญเสียสมรรถภาพ การสูญเสียผู้ป่วย ร่างกายได้รับการบาดเจ็บ ความปวด การได้รับยา ภาวะติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสารอาหาร มีความผิดปกติของการเผาผลาญในร่างกาย มีโรคระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมือนอยู่ที่บ้าน

การเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งตามปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น^{8,10}

1. **ปัจจัยนำ (Predisposing factors)** คือลักษณะของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากโรคหรือภาวะของผู้ป่วย ได้แก่

- 1.1 ลักษณะประชากร: อายุมากกว่า 65 ปี เพศชายพบได้มากกว่าเพศหญิง
- 1.2 กระบวนการรู้คิดผิดปกติ: ภาวะสมองเสื่อม ภาวะบกพร่องการรับรู้ ภาวะซึมเศร้า ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้า
- 1.3 ความสามารถในการทำกิจกรรม: มีกิจกรรมน้อย เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ มีประวัติเคยหกล้ม
- 1.4 ประสาทสัมผัสบกพร่อง: การมองเห็นบกพร่อง การได้ยินบกพร่อง
- 1.5 การรับประทานทางปาก: ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสารอาหาร
- 1.6 การได้รับยา: ได้ยาหลายชนิด ได้ยาในขนาดสูง ได้ยาทางจิตเวชเป็นประจำ ได้ยาในกลุ่ม Anticholinergic
- 1.7 โรคร่วมหลายโรคหรือโรคประจำตัวรุนแรง: โรคระบบประสาท (เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การบาดเจ็บ กระดูกหัก เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 1.8 ติดการดื่มสุรา

2. **ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)** คือลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ อาจเกิดจากยา สิ่งแวดล้อม การทำหัตถการหรือการรักษา ได้แก่

- 2.1 การเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง: กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความปวด มีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ภาวะช็อค ภาวะติดเชื้อ ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะช็อค ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte imbalance) การเผาผลาญเปลี่ยนแปลง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อัลบูมินต่ำ

2.2 การได้รับการผ่าตัด: ผ่าตัดกระดูกและข้อ ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ยาที่ได้รับโดยเฉพาะยาในกลุ่ม: Antibiotic, Anticholinergic, Antihypertensive, Diuretic, Bronchodilator, Cardiovascular, H2-receptor antagonist, Miscellaneous, Sedative, Steroids, Metoclopramide

2.4 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว: การถูกผูกมัด คาทอช่วยหายใจ คาสาຍให้อาหารทางจมูก คาสาຍสวนปัสสาวะ

2.5 สภาพทางอารมณ์: มีความวิตกกังวล ตกใจ กลัว ซึมเศร้า

2.6 สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย: แสง เสียง หรือกลิ่นรบกวน ได้รับกิจกรรมจากการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ย้ายที่นอนหรือย้ายเตียงบ่อย

2.7 การนอนไม่หลับ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสาร Serotonin, Norepinephrine

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า มีดังต่อไปนี้^{8,29}

1. อาการเกิดขึ้นแบบฉับพลัน และมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างวัน (Acute onset with fluctuating course) สลับไปมาระหว่างความรู้สึกตัวที่เป็นปกติและซึมเศร้า อาการเกิดขึ้นเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน

2. ความใส่ใจบกพร่อง (Attention deficits) เป็นอาการหลักของภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า ผู้ป่วยจะขาดความสนใจ ไม่จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และไม่ใส่ใจต่อสภาวะแวดล้อม เปลี่ยนความสนใจไปตามสิ่งต่าง ๆ หากมีสิ่งใดกระตุ้นแทรกเข้ามาจะถูกดึงความสนใจได้ง่าย

3. สูญเสียกระบวนการคิดแบบเป็นระบบ (Disorganized thinking) การจัดการและการใช้ข้อมูลไม่เป็นระบบ ไม่สามารถทำตามขั้นตอนได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ซ้ำกว่าปกติมาก อ่านหนังสือไม่เข้าใจ พูดข้อความเดิมซ้ำ ๆ พูดจาวกวน เล่าเรื่องราวที่ไม่เป็นจริงโดยไม่ตั้งใจ เนื้อหาไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปยังอีกเรื่องหนึ่ง ลังเลที่จะตอบคำถามง่าย ๆ การประเมินจึงต้องไม่ใช่คำถามปลายปิดที่ตอบใช่หรือไม่ใช่ แต่ใช้คำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง

4. สูญเสียความจำระยะสั้น (Disorientation and memory impairment) สูญเสียการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล มีการสูญเสียการรับรู้เวลาเป็นครั้งแรก และสูญเสียการรับรู้วัน เดือนที่เป็นปัจจุบัน ต่อมา มีการสูญเสียการรับรู้สถานที่ และสูญเสียการรับรู้บุคคลจะปรากฏชัดที่สุด การถามชื่อผู้ป่วยหรือถามเกี่ยวกับญาติใกล้ชิดมักจะตอบได้ จึงทำให้เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ตนเองมีอาการไม่ได้

5. สูญเสียการรับรู้สภาวะแวดล้อม (Perceptual disturbances) รับรู้ในสิ่งที่ผิดจากความเป็นจริง อาการประสาทหลอน (Hallucination) มักเห็นภาพหลอนที่ทำให้ตกใจกลัวและพยายามต่อสู้ อาการหลงผิด (Delusion) ทางกายสัมผัส เช่น รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว หวาดระแวง ในขณะที่อาการหลงผิดแบบหวาดกลัวไม่ค่อยพบในภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า

6. วงจรการหลับตื่นถูกรบกวน (Disturbed sleep-wake cycle) การรับรู้กลางวันกลางคืนผิดปกติ ทำให้มีความผิดปกติของการนอน ในช่วงกลางวันผู้ป่วยจะง่วงนอนและหลับมาก แต่ช่วงพลบค่ำจะตื่นมีอาการสับสนอยู่ไม่สุข ก้าวร้าว อาละวาด ทำร้ายตนเอง ต่อสู้ ก่อความวุ่นวาย และหลบหนีออกจากโรงพยาบาลในตอนกลางคืน

7. ความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Altered emotions and behaviors) บุคลิกจากเดิม เป็นคนที่เรียบร้อยเปลี่ยนไปเป็นคนก้าวร้าว ต่ำท้อ พุดมาก พุดหยาบคาย การควบคุมอารมณ์ผิดปกติเปลี่ยนกลับไป กลับมาระหว่างอารมณ์กระวนกระวาย อาละวาด กับซึมเศร้า

8. ความผิดปกติทางภาษา (Language disorders) พบได้ง่ายที่สุด คือการเขียนหนังสือที่ผิดปกติ เขียนไม่ต่อเนื่องและผิดทิศทาง ตัวหนังสือมีขนาดเล็กลง เขียนคำซ้ำไปมา สะกดคำไม่ถูกต้อง

9. การเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว (Altered psychomotor activity) ผู้ป่วยมีปริมาณการเคลื่อนไหว ที่มากในชนิดตื่นตัว หรือมีปริมาณการเคลื่อนไหวที่น้อยผิดปกติในชนิดง่วงซึม ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติชนิดใด ชนิดหนึ่งหรือเป็นได้ทั้ง 2 ชนิดสลับกัน





บทที่ 3

การคัดกรอง/ประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

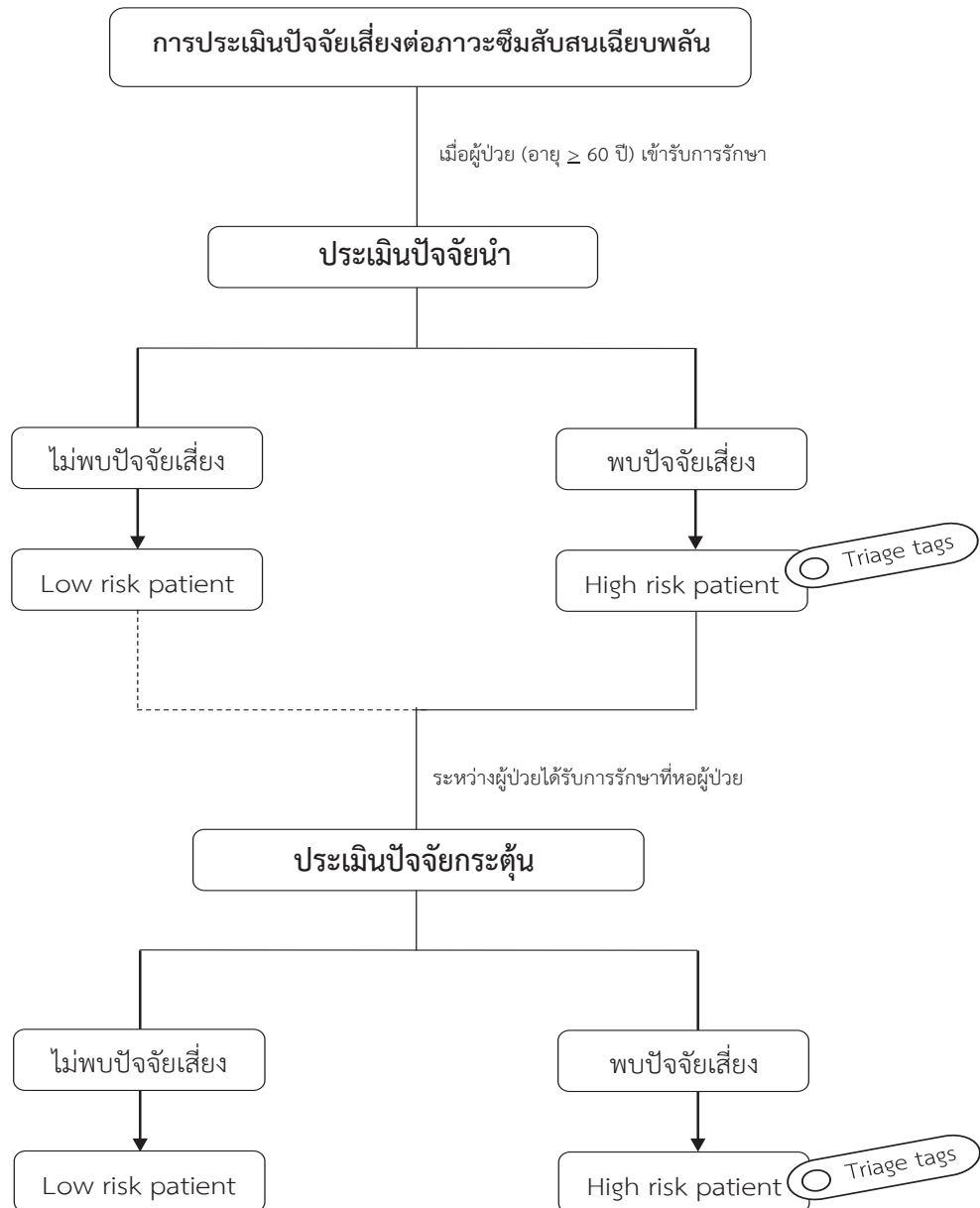
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทำให้มีอาการทางพฤติกรรมที่ผิดปกติและไม่เหมาะสม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความรู้คิด ความจำเสียไป สับสน กระวนกระวาย ซึมเศร้า อาจทำให้เข้าใจผิดคิดว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออาการของภาวะสมองเสื่อมแย่ลง¹³

การคัดกรอง/ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

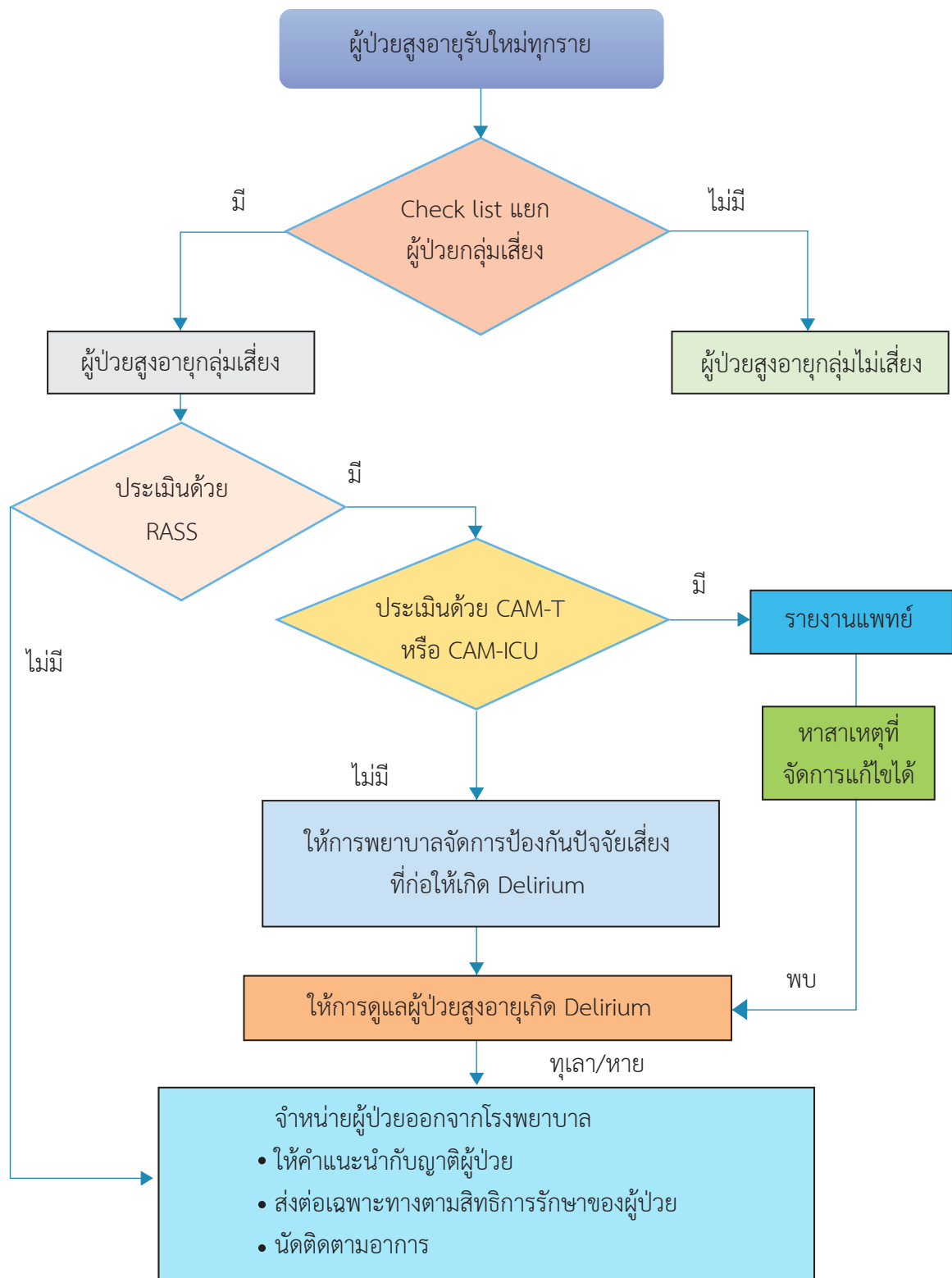
ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อแรกรับทุกราย ควรได้รับการแยกแยะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่ วิธีการคัดแยกโดยนำข้อมูล/กิจกรรมที่คัดเลือกจากบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลด้านการพยาบาล (Nursing care) ที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วย มาจัดทำเป็นแบบฟอร์มรายการตรวจสอบ (Check list) ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น (ตามเอกสารแนบท้ายในภาคผนวก) เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้น การแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ปริมาณผู้ป่วยที่ต้องคัดกรองไม่มากเกินไป เมื่อได้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เรียกว่า “Patients at risk of delirium” จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบททั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤตด้วยเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินเพื่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁰

ภาวะนี้ถือเป็นภาวะเร่งด่วนหากผลการประเมินออกมาเป็นบวกต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงพร้อมทั้งแก้ไข ปัญหาที่เป็นสาเหตุ และประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหายจากอาการอย่างสมบูรณ์²⁹ สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และจัดการป้องกันการเกิดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic management for prevention)¹⁰ ควรประเมินอีกครั้งเมื่ออาการหรือพฤติกรรมเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่อาการสับสนจะชัดเจนในช่วงกลางคืน และสงบลงในช่วงกลางวัน การประเมินในช่วงเวลาที่ต่างกันของวัน จึงให้ผลที่ต่างกัน²⁹ อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำการประเมินบางส่วนอาจมีความกังวลถึงผลกระทบต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น แต่การทำประเมินหากพบว่ามีอาการเกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้¹⁰ พยาบาลควรเรียนรู้และฝึกทักษะการประเมินให้เกิดความชำนาญสามารถประเมินได้คล่องแคล่ว เทียบตรง รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้น การพิจารณาจัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow chart) ตามแนวทางการพยาบาลป้องกัน และดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุบรรจุไว้ในกระบวนการพยาบาล จะช่วยให้สามารถค้นพบสัญญาณการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้รวดเร็วขึ้น

ผู้ป่วยสูงอายุรับใหม่ทุกรายได้รับการคัดแยกเพื่อให้ได้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง



ภาพที่ 1 กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง¹⁰



ภาพที่ 2 ตัวอย่าง Flow chart การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ



เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามีความจำเป็นต้องประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยโดยตรง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า มีความหลากหลาย ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน¹⁰ สำหรับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Confusion Assessment Method (CAM)³⁰ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีความไว ความจำเพาะสูง เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย³¹ ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้โดยแปลจากต้นฉบับเป็นหลายภาษา บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมและฝึกฝนจนชำนาญจะสามารถใช้งานได้

ในคู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเล่มนี้ จึงเสนอให้ใช้ CAM ที่ได้รับการพัฒนาสำหรับใช้ในประเทศไทย เป็นเครื่องมือในการประเมินเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการแยกกลุ่มเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย: CAM-T (Thai version of Confusion Assessment Method: CAM-algorithm)³² เป็นเครื่องมือประเมินที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ การศึกษาในประเทศไทย พบว่าคุณลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 100 เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการประเมิน 3-5 นาที¹⁰

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ฉบับภาษาไทย: CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit)³³ เป็นเครื่องมือประเมินที่ดัดแปลงมาจาก CAM ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ การศึกษาในประเทศไทย พบว่าคุณลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ มีความไว ร้อยละ 92.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 94.7 เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการประเมิน 1-2 นาที¹⁰

นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพบางแห่งมีการใช้แบบประเมิน Thai version of the 4 'A's Test (4AT ฉบับภาษาไทย) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าและการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment)³⁴ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปที่อยู่นอกหอผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อการใช้งานทางคลินิกที่ง่ายไม่ต้องการการฝึกอบรมพิเศษ¹⁰ จากการศึกษาในประเทศไทยคุณลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ มีความไว ร้อยละ 83 ความจำเพาะ ร้อยละ 86 และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการประเมิน 3 นาที



แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเป็นเกณฑ์เดียวกัน ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้^{30,32-33,35-36}

1. การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ประเมินจากการสังเกตผู้ป่วย และสอบถามจากผู้ดูแลแล้วมีอาการเปลี่ยนแปลงสลับไปมาระหว่างการรับรู้ที่เป็นปกติและสับสน ในระยะ 1-2 วันหรือไม่
2. การไม่ตั้งใจ ประเมินจากการขาดสมาธิจดจ่อ การบอกเลขตามที่ถูกตรวจสอบ
3. กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ สังเกตจากการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่สมเหตุสมผล
4. การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก ประเมินจากแบบประเมินการง่วงซึม กระวนกระวาย ที่เรียกว่า “RASS” (The Richmond Agitation and Sedation Scale)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ร่วมกันกับข้อใดข้อหนึ่งตามลักษณะข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 หรือมีหมดทั้ง 4 ข้อ

ขั้นตอนการประเมิน โดยใช้ CAM-T และ CAM-ICU ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว หรือความรู้สึกตัว

โดยใช้แบบประเมิน “RASS”³⁵⁻³⁶ เป็นค่าต่อเนื่องค่าจาก - 5 ถึง + 4 แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1	กระวนกระวาย	คะแนน	+ 1 ถึง + 4
ระดับ 2	ตื่นตัวปกติ	คะแนน	0
ระดับ 3	ง่วงซึม	คะแนน	- 1 ถึง - 5

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU ตามลักษณะสำคัญ 4 ประการ

1. ใช้แบบประเมิน “CAM-T” สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. ใช้แบบประเมิน “CAM-ICU” สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU

จากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU มีอาการหลากหลาย จะเกิดขึ้นภายในช่วงเวลาสั้น ๆ ระหว่างวัน โดยมีระดับความรู้สึกตัวที่เป็นปกติและสับสนสลับกันไปมา บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลอาจไม่ได้สนใจและมองข้ามอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างจริงจัง การวินิจฉัยภาวะนี้เป็นเรื่องที่ท้าทายในเวชปฏิบัติ หากการประเมินไม่ครอบคลุมจะทำให้เกิดความไม่แม่นยำในการวินิจฉัย¹⁰ การรวบรวมข้อมูลทั้งจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาสาเหตุที่ซ่อนเร้นจากปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น ควรทำการซักประวัติทั่วไป ว่าเป็นข้อมูลพื้นฐาน สอบถามยาที่รับประทานทั้งยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะยาที่ได้รับใหม่หรือยาที่ปรับขนาดเพิ่มขึ้นและยาที่ซื้อมารับประทานเอง การตรวจร่างกายอย่างละเอียด แพทย์อาจสั่งให้ตรวจทางรังสีหรือตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง แต่ไม่ได้กำหนดให้ทำทุกรายควรทำเฉพาะรายที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่หรือมีประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการกระทบกระเทือนก่อนหน้าจะมีอาการซึมเศร้าแบบ CAM-T และ CAM-ICU³⁷



การเกิดภาวะซึมเศร้าสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น เกิดแผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อติดเกิดภาวะทุพพลภาพ เกิดการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ ทำให้การรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน การพักผ่อนใช้เวลานานขึ้น สมรรถภาพที่เสื่อมลง³⁸ หากผู้ป่วยสูงอายุมีอาการซึมเศร้าอยู่ ต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อไม่ให้อาการแย่ลง การวินิจฉัยและการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ปัจจุบันการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าใช้อาการทางคลินิก (Clinical diagnosis) อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) ที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 5 คือ The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย^{10,39}

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตาม DSM-5 มีเกณฑ์ ดังนี้³⁹

1. มีความผิดปกติของความสนใจและระดับความรู้สึกตัว ความตื่นตัวต่อสภาพแวดล้อมลดลง สูญเสียความสามารถในการมุ่งหรือเพ่งความสนใจไปสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง และไม่สามารถรักษาความสนใจนั้นไว้ได้นาน มีการเปลี่ยนแปลงความสนใจต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว
2. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกคิด เช่น หลงลืม สับสนวัน เวลา และสถานที่ สูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาหรือการเข้าใจภาษา มีการรับรู้ที่ผิดปกติโดยไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม
3. ความผิดปกติในข้อที่ 1 และข้อที่ 2 เกิดขึ้นในเวลารวดเร็ว อาจเป็นภายในชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการดีขึ้นเลวลงในระหว่างวัน
4. มีหลักฐานจากประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ระบุว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความผิดปกติของโรคทางกาย การใช้ยา การได้รับสารพิษ หรือเกิดร่วมกันจากหลายสาเหตุ



ตารางที่ 1 ลักษณะทางเวชกรรมที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า¹¹

ลักษณะทางเวชกรรม	ภาวะซึมเศร้า (Depression)	ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	ภาวะซึมเศร้า (Depress)
เริ่มมีอาการ (Onset) การดำเนินโรค	เร็ว มีช่วงดีขึ้นสลับเลวลง (Fluctuation) ช่วงที่ต่ำมักเกิดตอนกลางวัน	ช้า ค่อนข้างคงที่ทั้งวัน	เร็ว ค่อนข้างคงที่ทั้งวัน
ระยะเวลาของโรค	วัน-สัปดาห์	เดือน-ปี	สัปดาห์-เดือน
ระดับความรู้สึกตัว	อาจลดลง	ปกติ	ปกติ
ความจดจ่อ (Attention)	ผิดปกติ	มักปกติ ยกเว้นในรายที่มีอาการมาก	อาจผิดปกติในบางราย
อาการประสาทหลอน	มักเห็นภาพหลอนหรือเห็นภาพหลอนร่วมกับหูแว่ว	พบน้อยกว่า	มักเป็นหูแว่วมากกว่า
อาการหลงผิด	หลากหลาย ไม่เป็นเรื่องราว	พบน้อยกว่า	อาจหลงผิดแบบเป็นเรื่องราว
การรับรู้วัน เวลา สถานที่	มักจะเสีย โดยเฉพาะเรื่องเวลา	มักจะเสีย	อาจเสียเป็นบางเรื่อง
ความจำ	เสียทั้งความจำชนิดปัจจุบัน (Immediate) และที่ผ่านไปไม่นาน (Recent) แต่ความจำอดีต (Remote) ยังดี	ความจำชนิดปัจจุบันยังดี และสูญเสียความจำชนิดที่ผ่านไปนานมากกว่าความจำอดีต	ไม่แน่นอน
Psychomotor	เพิ่มขึ้น หรือลดลง หรือเปลี่ยนไปมา	มักปกติ	ปกติ บางคนอาจช้าหรือเร็ว
การพูดและการคิด	ไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราว อาจพูดซ้ำหรือเร็วไม่เป็นระบบ ไม่เป็นเรื่องราวสัมพันธ์กัน	เรียงลำดับดี แต่อาจนึกคำพูดไม่ออกหรือพูดซ้ำ ๆ ไม่ค่อยมีความหมาย	พูดน้อย และซ้ำ คิดซ้ำ
โรคทางกายหรือพิษจากยา	มักพบ	มักไม่พบ	มักไม่พบ

ที่มา วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. ตารางที่ 4 ลักษณะทางเวชกรรมที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า; หน้า 119.

หมายเหตุ: ขออนุญาตใช้ตารางลักษณะทางเวชกรรมที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาโดย ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล



การรักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันหากได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง และให้การรักษาโดยเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Complete response) ลดระยะเวลาการมีอาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Duration of delirium) และลดความรุนแรงของอาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Severity of delirium)¹⁰ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวน เฉื่อยเมย แยกตัว หรือสมาธิสั้น อยู่หนึ่งไม่ได้ ความจำเสื่อม การนอนหลับผิดปกติ การรับรู้ผิดปกติ เห็นภาพหลอน หรืออาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น เดินเซ ท่าทางการเดินไม่มั่นคง มีอาการสั่นกระตุก ความสามารถในการอ่านเขียนลดลง³⁸

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดจากหลายปัจจัย แนวทางการรักษาในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการจัดการแบบผสมผสานทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาโดยใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic management)

ควรเลือกการรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นอันดับแรก เพราะเป็นการจัดการที่ได้ผลทั้งการป้องกันและการรักษา^{2,10} โดยการ

1. การป้องกันผู้ป่วยสูงอายุให้มีความปลอดภัยขณะที่เกิดอาการซึมสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำ และสารอาหารอย่างเหมาะสม การดูแลการหายใจ การป้องกันการสำลัก การป้องกันภาวะหกล้ม หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. หาสาเหตุของการเกิดอาการที่เป็นทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และจัดการแก้ไขสาเหตุเหล่านั้นอย่างเร่งด่วน เพื่อลดความรุนแรงและลดระยะเวลาของความผิดปกตินี้
3. การจัดการกับอาการทางจิตเวชและปัญหาพฤติกรรม
4. การหยุดยาที่ไม่จำเป็น
5. การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)

การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacologic management)

เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการซึมสับสนเฉียบพลัน ขั้นแรกต้องประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่และพิจารณาหยุดยาที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะนี้ หรือยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น³⁸ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างกันทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) และเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาในการรักษาจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย

ยาที่ใช้ในการรักษา¹⁰

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับยา Antipsychotics ที่ใช้รักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลันยังมีอยู่อย่างจำกัด ส่วนใหญ่ให้หลักฐานที่มีคุณภาพในระดับปานกลางที่แสดงว่าการใช้ยา Antipsychotics มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงในระดับที่ไม่รุนแรง มีคำแนะนำให้ใช้ยา Antipsychotics เพื่อสงบอาการ Hyperactive delirium ในกรณีที่อาการอยู่ในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และได้รับการจัดการสาเหตุแล้วแต่อาการยังไม่สงบ ส่วนใหญ่การศึกษาที่ใช้ยามักมีระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ดังนั้น จึงควรใช้ยา Antipsychotics รักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในระยะสั้น ซึ่งยาที่นำเสนอเป็นยาที่ได้รับการยอมรับให้เป็นยามาตรฐานในการรักษา มีดังต่อไปนี้

1. Haloperidol เป็นยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และเป็นยาที่ได้รับการยอมรับให้ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษา ยานี้อาจเกิดผลข้างเคียงทำให้เกิดกลุ่มอาการของการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ (Extrapyramidal symptoms: EPS) ได้มากกว่า Atypical antipsychotics จึงไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ เช่น เป็นโรคพาร์กินสัน และควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของตับและไตบกพร่อง เพราะการขจัดยาออกจากร่างกายอาจเกิดผลข้างเคียงของยาได้สูง ควรใช้ยาชนิดรับประทานขนาด 0.5-1 มิลลิกรัมต่อครั้ง สามารถให้วันละ 1-2 ครั้ง

2. Risperidone เป็นยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ช่วยลดระยะเวลาการมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ไม่ต่างจากการรักษาด้วย Haloperidol ยานี้อาจเกิดผลข้างเคียงทำให้เกิดกลุ่มอาการของการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติค่อนข้างสูงเช่นกัน เมื่อเทียบกับ Atypical antipsychotics อื่น เว้นแต่ใช้ในขนาดต่ำ ๆ เช่น 0.5-1 มิลลิกรัมต่อครั้ง และยานี้เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่ควรได้รับฤทธิ์ Sedation มากจนเกินไป

3. Quetiapine เป็นยาที่ช่วยลดระยะเวลาของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และเมื่อเปรียบเทียบกับ Haloperidol พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ไม่ต่างกัน ข้อดีของยานี้มีผลข้างเคียงในการเกิดกลุ่มอาการของการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติน้อยกว่า Antipsychotics ชนิดอื่น ๆ และยานี้มีฤทธิ์ Sedation จึงเหมาะที่จะใช้ในกรณีที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน

4. Olanzapine เป็นยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ไม่ต่างจากการรักษาด้วย Haloperidol มีผลข้างเคียงในการเกิดกลุ่มอาการของการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติน้อยกว่า Haloperidol และ Risperidone ยานี้มีฤทธิ์ Sedation จึงเหมาะที่จะใช้ในกรณีที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน



บทที่ 4

หลักการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่วนหนึ่งสามารถป้องกันได้ บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็น (Fundamentals of nursing) ควรถือปฏิบัติในเวชปฏิบัติประจำวันสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมีหลายปัจจัยร่วมกัน ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะติดเชื้ ภาวะขาดน้ำ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ความปวด และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป⁵ ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากการทำหัตถการบางอย่างเพื่อการรักษา เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายให้อาหารทางจมูก สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลำบาก⁴⁰ มีรายงานว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถป้องกันได้ ร้อยละ 40⁴¹

ปัจจุบันโดยส่วนใหญ่ยังไม่มียาที่ใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้พยาบาลเกิดความตระหนักว่าผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะนี้ขึ้นได้ และการระบุสาเหตุพร้อมทั้งการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่สามารถจัดการได้ จึงเป็นแนวทางการป้องกันที่ได้ผลดีที่สุด พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมิน การวางแผนการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยง ขณะเดียวกันพยาบาลควรวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้³⁸ และเพื่อเป็นการจัดบริการสุขภาพที่จะรองรับสังคมสูงอายุ สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุควรต้องมีการดำเนินการป้องกัน และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)¹⁰





การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

The American Geriatrics Society Clinical Guideline for Post-Operative Delirium และแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช เสนอแนะวิธีปฏิบัติ^{10,41} ดังต่อไปนี้

1. วางแผนป้องกันหลาย ๆ ส่วน เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินวันละหลาย ๆ ครั้ง
2. พูดคุยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึง เวลาขณะนั้น คือเวลาอะไร และอยู่ที่ไหน วันละหลาย ๆ ครั้ง
3. จัดสถานที่พักที่คุ้นเคยให้เป็นสภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคย
4. จัดให้ผู้ป่วยได้นอนหลับโดยปราศจากสิ่งรบกวน
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
6. ป้องกันการติดเชื้อ
7. หลีกเลี่ยงการคายสวมน้ำปัสสาวะ และการผูกมัด
8. จัดให้ผู้ป่วยได้ใช้แว่นตา และ/หรือ เครื่องช่วยฟัง ที่เคยใช้อยู่เป็นประจำ
9. หากผู้ป่วยมีอาการปวด เช่น อาการปวดในโรคกระดูก อาการปวดจากบาดแผลอุบัติเหตุ หรือปวดแผลหลังผ่าตัด ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา
10. หลีกเลี่ยงการให้ยาที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า
11. หากผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชควรประเมินและเริ่มการรักษาที่เหมาะสม
12. การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันและรักษา



การค้นหาปัญหา และให้การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ถือเป็นความท้าทายทางการพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ จึงต้องเป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้แก่

1. ค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า
2. ดำเนินการป้องกัน จัดการ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น

3. ให้การพยาบาลเพื่อลดความกระสับกระส่าย และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกดีและรับรู้สภาพแวดล้อมได้ดี ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีการฝึกนั่ง ยืน เดิน สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสม

4. การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ในเรื่องต่าง ๆ ^{10,42} ดังนี้

- การนอนหลับ (Sleep)
- ความปวด (Pain)
- การติดเชื้อ (Infection)
- ยาที่ได้รับ (Medication)
- การได้รับน้ำ (Hydration)
- อาหาร (Nutrition)
- ท้องผูก (Constipation)
- การกระตุ้นการเคลื่อนไหว (Early ambulation)
- สภาพแวดล้อม (Environment)



ภาพที่ 3 การป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ดัดแปลงจาก Gee S, Bergman J, Hawkes T, Croucher M. Think delirium: preventing delirium among older people in our care. Christchurch: Canterbury District Health Board; 2016.⁴²

การนอนหลับ (Sleep)

การนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

การนอนหลับ (Sleep) คือภาวะที่ร่างกายมีระดับการรู้สติและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ระบบการทำงานของร่างกายลดลง⁴³ เมื่ออายุมากขึ้นระบบประสาทควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพที่ควบคุมการนอนหลับ (Circadian rhythm) เสื่อมลงทำให้รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไป ช่วงหัวค่ำที่เริ่มมีความมืดผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้ง่วงนอนเร็ว แต่ใช้เวลานานถึงจะเข้าระยะการหลับลึก ระยะเวลาการหลับลึกลดลงและตื่นง่ายจากสิ่งกระตุ้น⁴⁴ ปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย เช่น ความปวดทำให้เกิดความไม่สุขสบายและรบกวนการหลับ⁴⁵ ปัญหาด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล คิดมากเรื่องการเจ็บป่วย เมื่อมีปัญหาสุขภาพหลายอย่างผู้ป่วยต้องใช้ยาหลายชนิดที่อาจมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ⁴⁶

การเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นชิน ประสบกับปัญหาการนอนต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการนอนหลับ เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่อยู่รอบเตียง ระยะห่างของเตียงในหอผู้ป่วยรวม ทิศทางของหัวเตียงต่างจากเดิม ความไม่สุขสบายจากเตียงนอนของโรงพยาบาล ขาดความเป็นส่วนตัวในรายที่ต้องนอนใกล้กับบริเวณทางเข้าออก เสียงการใช้เครื่องดูดเสมหะ เสียงเตือนของเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ เสียงพูดคุยและเสียงรบกวนของเจ้าหน้าที่ แสงสว่างในเวลากลางคืนจากการเปิดไฟเมื่อต้องทำการหัตถการกับผู้ป่วยรายอื่นในห้องรวม การปฏิบัติงานที่เป็นเวลาปกติ (Routine) ของเจ้าหน้าที่ เช่น การให้ยา การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ การเจาะเลือดในเวลาเช้าตรู่⁴⁷





รูปแบบการนอนหลับที่ผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถึงแม้จะยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน⁴⁶ แต่เชื่อว่าเกิดจาก

1. การลดลงของฮอร์โมน Melatonin ที่สมองสร้างขึ้นเพื่อช่วยในการหลับและตื่น เมื่อรูปแบบการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงช่วงเวลาตื่นหรือมีการอดนอนเรื้อรัง จึงเสียสมดุลวงจรการนอนเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative Stress) เป็นภาวะที่ร่างกายขาดสมดุลของสารอนุมูลอิสระ (Free Radicals) และสร้างสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) กระตุ้นทำให้เซลล์เกิดการอักเสบ ทำให้กรดอะมิโน Tryptophan เปลี่ยนไปเป็น Kynurenine กระบวนการที่ Tryptophan จะสังเคราะห์ Melatonin จึงลดลง มีการศึกษาพบว่าระดับของ Tryptophan สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า⁴⁷⁻⁴⁹

2. ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในขณะที่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่าระดับของ Dopamine สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความฟุ้งซ่าน ประสาทหลอน และระดับของ Acetylcholine ลดลง ทำให้ความรู้คิดและความจำแย่ลง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเกิดภาวะซึมเศร้า⁵⁰

3. ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เกิดขึ้นจากภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea: OSA) ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน⁵¹ จะทำให้เมแทบอลิซึมของสมองลดลง ส่งผลต่อการหลั่งสารสื่อประสาท Acetylcholine ลดลง การทำงานของ Cholinergic จึงบกพร่อง หลอดเลือดในสมองเกิดการบาดเจ็บทำให้มีกระบวนการอักเสบ Interleukin-6, C-reactive protein เพิ่มขึ้น เกิดความเสียหายและการตายของเซลล์ประสาท ส่งผลให้การรู้คิดผิดปกติ สูญเสียการรับรู้ ความจำ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁵²



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ ^{43,53-54} การเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม การส่งเสริมการนอนหลับ	เมื่อผู้ป่วยสูงอายุนอนไม่หลับต้องค้นหาปัญหาที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ และจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น - จัดที่พักรให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความแตกต่างของแสงสว่างระหว่างกลางวันและกลางคืน - ช่วงเวลากลางวันควรเปิดม่านให้มีแสงสว่างจากภายนอกเข้ามาในห้องผู้ป่วย - ช่วงกลางคืนต้องปรับความสว่างของไฟในห้องพักลดลงให้เหมาะกับการนอนหลับ - ดูแลห้องพักในหอผู้ป่วยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก - ดูแลอุณหภูมิให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย - จัดอุปกรณ์เครื่องนอนเพื่อความสะดวกสบายขณะนอนพักผ่อน หากที่นอนหรือหมอนของหอผู้ป่วยแข็งเกินไป แนะนำญาติให้นำหมอน ผ้าห่มจากที่บ้านมาใช้ได้ - ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยลดการใช้เสียงที่เกิดจากการเดิน ระวังการเปิดประตูหรือเปิดไฟสว่าง - ลดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่จำเป็นในช่วงที่ผู้ป่วยหลับ เช่น เว้นการวัดสัญญาณชีพ (vital signs) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสัญญาณชีพคงที่แล้ว - ดูแลให้ปัสสาวะก่อนเข้านอน หากต้องการปัสสาวะกลางดึก แนะนำให้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และให้การช่วยเหลือด้วยความอ่อนโยน - แนะนำเครื่องดื่มอุ่น ๆ ที่มีส่วนผสมของ Tryptophan ให้ดื่มก่อนนอน เช่น นมถั่วเหลือง นม เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่ง Serotonin ทำให้ผ่อนคลาย ควรดื่มอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน เพื่อป้องกันการลุกถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืน - แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม อย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน - แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมีไขมัน อาหารที่มีรสจัดทุกรส อย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอน



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
	11. หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้นอนไม่หลับก่อนเข้านอน เช่น การคุยโทรศัพท์เพราะอาจมีการโต้เถียง การเล่นเกม โทรศัพท์ การดูทีวี เพราะอาจมีเรื่องตื่นเต้น 12. หากนอนไม่หลับใน 20-30 นาที ให้ลุกขึ้นทำกิจกรรมเบา ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง แล้วจึงกลับมานอนใหม่อีกครั้ง 13. แนะนำการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลด้วยการทำสมาธิ 14. แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย อย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน 15. ช่วงกลางวันส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมนอกอาคารหรือระเบียงเพื่อรับแสงแดด พาผู้ป่วยเดินเล่นบริเวณที่โรงพยาบาลมีบริเวณที่พักผ่อนหรือสวน 16. หากประเมินแล้วพบสาเหตุของการนอนไม่หลับต้องได้รับการจัดการโดยการใช้ยาร่วมด้วย รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาต่อไป เช่น อาการปวดในระดับที่ควรได้รับยาแก้ปวดแต่ยังไม่ได้รับ อาการของโรคหรือการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยแพทย์

ความปวด (Pain)

ความปวดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ความปวด (Pain) คือความรู้สึกหรือประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่เกิดความไม่สุขสบายจากการรบกวนของอาการปวด อาจเกิดบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย มีทั้งความปวดแบบเรื้อรังจากโรคที่เป็นอยู่ และความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น จากการผ่าตัด จากอุบัติเหตุ ความปวดจะกระตุ้นการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เหงื่อออกมากจากการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ผลกระทบของความปวดทำให้ความอยากอาหารลดลง มีความวิตกกังวล ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานพักผ่อนไม่ได้ นอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หากความปวดอยู่ในระดับรุนแรง (Pain score > 6) อาจต้องใช้ยาที่มีส่วนประกอบของ Morphine เพื่อปรับระดับความปวดให้ลดลง แต่ในวัยสูงอายุอวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายเสื่อมลง การให้ยาในปริมาณที่เท่ากับวัยผู้ใหญ่ พบว่าการกำจัดยาออกจากร่างกายลดลงมีผลให้ยาตกค้างในร่างกาย ผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยการหลับมาก หลับลึก ปลุกตื่นยาก บางรายอาจมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้⁵⁵⁻⁵⁷

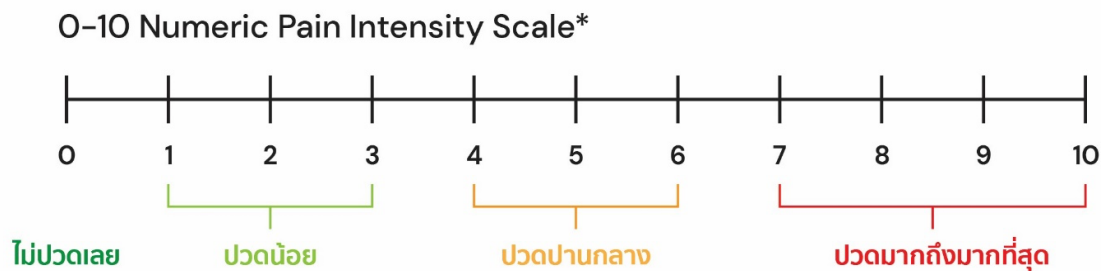
การประเมินความปวด

การประเมินความปวดในผู้สูงอายุมักมีความยากลำบาก เพราะไม่สามารถชี้ระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน อีกทั้งปัญหาการมองเห็นและการได้ยินที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือกำลังมีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันอยู่ ไม่สามารถบอกความปวดได้ หรือบอกได้แต่ไม่ถูกต้องแม่นยำ ต้องใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมแทนการบอกเล่าอาการปวด เช่น การแสดงสีหน้าเหวี่ยง การส่งเสียงครวญครางต่อต้านการขยับร่างกาย การประเมินความปวดนอกจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตพฤติกรรมแล้ว ต้องเลือกเครื่องมือประเมินความรุนแรงของระดับความปวดที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความรู้คิดและความสามารถในการสื่อสารของผู้สูงอายุแต่ละราย⁵⁸

ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติประสาทส่วนปลายและประสาทการรับรู้ความรู้สึก เช่น ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อาจรับรู้การบาดเจ็บของอวัยวะส่วนปลายน้อยลง ดังนั้น การประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและเป็นโรคเบาหวานต้องการการประเมินอย่างละเอียด รอบคอบ บ่อยขึ้น และควรสอบถามญาติที่ใกล้ชิดและผู้ดูแลเพิ่มเติมด้วย²²

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด

1. Numerical Rating Scale (NRS) ใช้ประเมินผู้ป่วยที่เข้าใจเครื่องหมายของตัวเลข และสามารถบอกระดับความปวดเป็นตัวเลขได้⁵⁹



ภาพที่ 4 การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale

ดัดแปลงจาก McCaffery M, Beebe A: Pain Clinical Manual for Nursing Practice. St Louis, MO, Mosby, 1989⁵⁹

มีความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่ปวดเลย
1-3	หมายถึง	ปวดน้อย
4-6	หมายถึง	ปวดปานกลาง
7-10	หมายถึง	ปวดมากถึงมากที่สุด

2. Verbal Rating Scale (VRS) ใช้ประเมินผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษา หรือมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยวัดความปวดด้วยวาจาให้ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดหรือไม่ เป็นคำพูดสั้น ๆ แบ่งเป็น 5 ระดับ⁶⁰ คือ

- ไม่ปวด
- ปวดเล็กน้อย
- ปวดปานกลาง
- ปวดมาก
- ปวดมากที่สุด



3. Faces Pain Rating Scale (FPRS) ใช้ประเมินผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจตัวเลขและไม่สามารถสื่อสารเป็นตัวเลขได้ เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำบกพร่องปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งพอที่จะสื่อสารและเข้าใจรูปภาพที่แสดงออกทางสีหน้าได้⁶¹



ภาพที่ 5 การประเมินอาการเจ็บปวดโดยใช้ Faces Pain Rating Scale

ดัดแปลงจาก Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001;93:173-83⁶¹

มีความหมายดังนี้

0	=	ไม่ปวดเลย
2	=	ปวดเล็กน้อย
4	=	ปวดปานกลาง
6	=	ปวดค่อนข้างมาก
8	=	ปวดมาก

4. Behavioral Pain Assessment Scale ใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารบอกระดับความเจ็บปวดได้ เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำบกพร่องรุนแรง หรือมีระดับความรู้สึกตัวน้อย เป็นเครื่องมือประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม⁶²

ตารางที่ 2 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม

พฤติกรรมชี้วัด	คะแนน		
	0	1	2
การหายใจไม่มีเสียงร้อง (Breathing independent of vocalization)	หายใจปกติ	การหายใจเร็ว และแรง เป็นบางครั้ง	หายใจเสียงดัง แรง และเร็ว เป็นระยะเวลานานขึ้น บางครั้งมีการหายใจลึกถี่หยุด (Cheyne-Stokes respirations)
การส่งเสียง (Vocalization)	เงียบ	ร้องครวญคราง กรีดร้อง บางเวลา	ตะโกนเรียก ร้องครวญคราง กรีดร้องเสียงดังตลอดเวลา
การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expression)	สีหน้ายิ้ม หรือไม่แสดงสีหน้า	หน้าเศร้า หวาดกลัว หน้าบึ้ง	หน้านิ่วคิ้วขมวดตลอดเวลา
ภาษาทางกาย (Body language)	ผ่อนคลาย	ตึงเครียด กระวน กระวาย	เกร็งกัมปั่น ยกเกร็งเข้า เคลื่อนไหวตลอดเวลา มีการชกเปะปะ
การปลอบโยน (Consolation)	ผ่อนคลาย สบาย	ผ่อนคลาย และดึงความสนใจจากอาการปวด โดยการสัมผัสและการพูดคุย	ไม่สามารถผ่อนคลาย และไม่สามารถดึงความสนใจ ไม่ว่าจากการสัมผัสและการพูดคุย

ดัดแปลงจาก Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4:9-15. ⁶²

คะแนนรวม 10 คะแนน ช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้คะแนนในแต่ละช่องรวมเป็นผลรวม

- 0 = ไม่มีหลักฐานว่าปวด
- 1-3 = ปวดน้อย
- 4-5 = ปวดปานกลาง
- 6 ขึ้นไป = ปวดรุนแรง

5. Critical Care Pain Observational Tool (CPOT) ใช้ประเมินความปวดกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุใส่เครื่องช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารได้⁶³

ตารางที่ 3 เครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Pain Observation Tool: CPOT)

ลักษณะการประเมิน	คะแนน
หมวดที่ 1 การแสดงสีหน้า (Facial expression)	
ผ่อนคลาย (Relaxed)	0
หน้าตึงเครียด (Tense)	1
หน้านิ่วคิ้วขมวด หน้าบึ้ง (Grimacing)	2
หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement)	
ไม่มีการเคลื่อนไหว (Absence to movement)	0
ปกป้องบริเวณที่ปวด (Protection)	1
พุกไม่ได้อ (Restlessness)	2
หมวดที่ 3 การเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle tension)	
ผ่อนคลาย (Relaxed)	0
ตึง แข็ง (Tense)	1
ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (Very Tense)	2
หมวดที่ 4 การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Compliance with ventilation)	
หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง (Tolerating ventilator)	0
มีอาการไอ แต่หายใจพร้อมเครื่องได้ (Coughing but tolerating)	1
หายใจต้านเครื่อง (Fighting ventilator)	2

ดัดแปลงจาก Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients. Am J Crit Care. 2006;15[4]:420-427. ⁶³

ระดับคะแนนอยู่ที่ 0 - 8 โดยมีความหมายของคะแนน ดังนี้

- 0 = ไม่มีความเจ็บปวด
- 1 - 3 = มีความเจ็บปวดเล็กน้อย
- 4 - 6 = มีความเจ็บปวดปานกลาง
- > 6 = มีความเจ็บปวดมาก



วิธีการประเมินความปวด ⁶⁴⁻⁶⁵

ผู้ป่วยทุกรายที่จะทำการประเมินความปวด ควรได้รับการประเมินการได้ยิน การมองเห็น ความจำ ภาวะจิตใจ เพื่อประเมินความสามารถและความแม่นยำในการทำแบบประเมินความปวด โดยประเมินให้ครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

การซักประวัติอาการปวด ได้แก่

- ตำแหน่งที่ปวด และระดับความปวด
- ลักษณะอาการปวด เช่น ปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ ปวดร้าว
- ความถี่ของอาการปวด เช่น ปวดไม่สม่ำเสมอ ปวดตลอดเวลา
- ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น หรือปวดน้อยลง
- ผลกระทบของอาการปวด เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

ระยะเวลาในการประเมินความปวด

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ผู้ป่วยรับใหม่เข้ารับการรักษ | - ประเมินแรกรับ |
| 2. ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความปวด | - ประเมินอย่างน้อย เวรละ 1 ครั้ง |
| 3. ผู้ป่วยที่มีความปวด | - ประเมินอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง |
| 4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด | - ประเมินเป็นระยะ |
- ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง
ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง
ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง
หลังจากนั้นประเมินทุก 8 ชั่วโมง จนผู้ป่วยจำหน่าย

ประเมินซ้ำหลังจัดการความปวด ดังนี้

- ประเมิน 15 – 30 นาที หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ (IV.)
- ประเมิน 30 – 60 นาที หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ (IM.)
- ประเมิน 1 – 2 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทาน
- ประเมิน 30 – 60 นาที หลังได้รับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด

หมายเหตุ ประเมินทุกครั้งก่อนและหลังการจัดการความปวด

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ^{56,58,64-68} การบันทึกการประเมินความปวด การจัดการความปวด	เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหาสาเหตุของอาการปวด พร้อมทั้งประเมินระดับความปวด และบันทึกในแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง - ประเมินสัญญาณชีพ อาการปวด ระดับความปวด ลักษณะอาการปวด ผลกระทบของความปวด วิธีการบรรเทาปวด และลงบันทึกในแบบประเมินแรกรับผู้ป่วย - บันทึกระดับความปวดในแบบบันทึก เช่น แบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic Chart) - บันทึกระดับความปวดในแบบบันทึก Focus charting เมื่อมีการประเมินและการจัดการความปวด - บันทึก Sedation score เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioids ในแบบบันทึกสัญญาณชีพ และ/หรือ Focus charting และ/หรือแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง - ใช้หลักประเมินความปวด และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา - ปรับยาให้เหมาะสมกับระดับความปวดตามแผนการรักษา - ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เมื่อ Pain score > 3 (ปวดปานกลาง-ปวดมากที่สุด) - จัดท่านอนให้เหมาะสมในท่าที่สบาย เพื่อบรรเทาปวด โดยจัดหมอนรองใต้เข่าในท่านอนหงาย จัดหมอนข้างให้กอดในท่านอนตะแคง ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง - ลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่ปวด - พูดคุยให้กำลังใจด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ชัดเจน ร่วมกับการสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล - แนะนำการทำสมาธิ สวดมนต์ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย สารเคมีในสมองจะเพิ่มการทำงานของเซลล์เอสจี และปิดประตูกันสัญญาณความปวดไม่ให้ไปที่ระบบควบคุม



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
	ส่วนกลาง มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ความปวดลดลง 5.5 เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังวิทยุ การฟังเพลง (ดนตรีจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจทำให้เกิดความผ่อนคลาย สงบ สบายใจ ส่งผลให้อาการปวดลดลง) 5.6 จัดการสิ่งแวดล้อม แสง สี เสียงให้สงบ เหมาะกับการพักผ่อน
การประคบเย็น จะช่วยลดอาการบวมและทำให้รู้สึกปวดลดลง เพราะความเย็นจะแทนที่ ความปวดด้วยการรบกวนเส้นประสาทที่ทำให้รู้สึกปวด หลอดเลือดบริเวณที่ประคบหดตัว ส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณที่ปวดน้อยลง วิธีการประคบเย็น	การประคบเย็น จะช่วยบรรเทาอาการต่อไปนี้ อาการปวด อักเสบ บวมแดง ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เช่น เอ็นอักเสบ (Tendonitis) ปวดแขนขา หรือปวดหัวไหล่ อาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล แผลจากของมีคม แผลถูกน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ที่ไม่รุนแรง เป็นต้น กล้ามเนื้อบาดเจ็บ เช่น ข้อเท้าแพลง และการบาดเจ็บบริเวณข้อต่อตามร่างกายจากอุบัติเหตุ การหกล้ม 1. ควรประคบเย็นใน 24-48 ชั่วโมง หลังได้รับการบาดเจ็บ 2. ใช้ผ้าชุบน้ำเย็น ผ้าห่อถุงน้ำแข็ง หรือเจลเย็น ประคบบริเวณที่ปวด 10-20 นาที และประคบได้บ่อยเท่าที่ต้องการ แต่ควรเว้นระยะห่างแต่ละครั้ง 45-60 นาที เพราะการประคบนานเกินไปอาจทำให้เส้นประสาทและเนื้อเยื่อผิวหนังเสียหาย 3. ไม่ควรประคบเย็นในผู้สูงอายุที่มีอาการแข็งตึงหรืออาการยึดบริเวณกล้ามเนื้อและข้อต่อ หรือมีปัญหาด้านเส้นประสาท โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือดและโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การประคบร้อน จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาบริเวณที่ปวด วิธีการประคบร้อน	การประคบร้อน จะช่วยบรรเทาอาการต่อไปนี้ กระตุ้นการฟื้นฟู การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ลดอาการแข็งตึง ของข้อต่อและกล้ามเนื้อ โดยความร้อนจะช่วยคลายอาการตึงของอวัยวะ ลดอาการปวด เช่น ปวดฟัน 1. ไม่ควรใช้การประคบร้อนในช่วง 48 ชั่วโมงแรก หลังการบาดเจ็บ เพราะอาจทำให้อาการบาดเจ็บรุนแรงขึ้นได้ 2. ก่อนประคบร้อนควรตรวจอุณหภูมิไม่ให้ร้อนจนเกินไป อุณหภูมิที่สูงเกินไปอาจทำให้ผิวหนังไหม้ 3. ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นบิดหมาด แผ่นประคบร้อน หรือถุงน้ำร้อนห่อด้วยผ้า ประคบลงบนบริเวณที่ปวด 15-20 นาที 4. หากไม่มีอุปกรณ์ประคบร้อน การอาบน้ำหรือแช่น้ำอุ่นอาจช่วยได้เช่นกัน 5. ไม่ควรประคบร้อนบริเวณผิวหนังที่มีแผลเปิด 6. การประคบร้อนไม่เหมาะสมสำหรับคนที่มีปัญหาเลือดออกมากผิดปกติ โรคผิวหนังทุกชนิด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis) ปัญหาด้านเส้นประสาท มะเร็งหรือเนื้องอก เบาหวาน เพราะอาจเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เป็นอันตราย
หมายเหตุ การประคบเย็นหรือประคบร้อนในผู้สูงอายุควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การทนต่อความเย็น/ความร้อนลดลง	

การติดเชื้อ (Infection)

การติดเชื้อเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมส์สันเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

การติดเชื้อ (Infection) คือการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายอย่างเป็นระบบ (Systemic inflammatory response syndrome; SIRS) เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อร่างกายจะตอบสนองกระบวนการอักเสบ (Inflammatory hypothesis) ด้วยการหลั่งสาร Cytokines เช่น Interleukin 1β , Tumor necrosis factor- α จากระบบประสาทส่วนปลายเข้าสู่กระแสเลือด ในภาวะที่ร่างกายมีการอักเสบความสามารถในการยินยอมให้สารผ่านเข้าออกเซลล์สมองที่บริเวณหลอดเลือดฝอยที่สมองผิดปกติ ทำให้สาร Cytokines สามารถผ่าน Blood-brain barrier เข้าสู่สมองได้ ทำให้ออกซิเจนที่จะไปเลี้ยงสมองโดยผ่าน Blood-brain barrier ลดลง เกิดภาวะสมองพร่อง ออกซิเจน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ ส่งผลให้สูญเสียการรับรู้ ความจำ เกิดภาวะซิมส์สันเฉียบพลัน^{17,38,69}

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวหลายโรค ระบบภูมิคุ้มกันต่อต้านโรคลดลง ประสิทธิภาพของระบบไหลเวียนเลือดลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางเมื่อเกิดการติดเชื้อมักมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นซ้ำซ้อนในวันที่ 4 หรือ 5 ของการรักษา ผู้สูงอายุมักเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่อวัยวะในช่องท้อง ติดเชื้อที่แผลกดทับ ติดเชื้อที่ผิวหนัง^{22,70}

การประเมินการติดเชื้อ

อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายของการติดเชื้อที่พบในผู้ป่วยวัยอื่นมักไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ เกณฑ์อุณหภูมิที่ใช้เป็นอาการแสดงสำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อไม่สามารถใช้ได้ดีในผู้สูงอายุทุกคน เพราะอาจวัดไม่พบไข้แม้อยู่ในภาวะไข้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเผาผลาญต่ำ จึงทำให้อุณหภูมิแกนของร่างกายต่ำ ผู้สูงอายุที่ห่อหุ้มส่วนใหญ่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งจะพบได้น้อยในรายที่วัดอุณหภูมิร่างกายได้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรืออาการไข้ถูกบดบังจากยาที่ใช้อยู่ เช่น แอสไพริน อเซตามิโนเฟน สเตียรอยด์ หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อจึงมีลักษณะสำคัญคืออาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน อาการเจ็บปวดบริเวณที่อักเสบอาจมีไม่มากนัก ควรต้องใช้การสังเกตอาการอื่นของการติดเชื้อร่วมด้วย ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อมักพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เบื่ออาหาร หรือเกิดการกำเริบของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ เช่น มีการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจวาย เบาหวาน อาการของการติดเชื้อในผู้สูงอายุมักจะไม่ตรงไปตรงมาทำให้การค้นหาปัญหาที่แท้จริงล่าช้า

นอกจากนี้ยังพบอาการของการติดเชื้อปรากฏเป็นภาวะขาดน้ำได้ด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจไม่พบ Leukocytosis พบเม็ดเลือดขาว ยูเรียไนโตรเจนหรือโซเดียมและคลอไรด์ในเลือดสูงขึ้น แต่บางครั้งการเพิ่มขึ้นอย่างมากของเม็ดเลือดขาวจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นอาการสำคัญในผู้ป่วยวัยอื่นอาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุ หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะติดเชื้อได้ตั้งแต่ระยะแรกก็จะทำให้การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซิมส์สันเฉียบพลันและจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้²²



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การควบคุมการติดเชื้อ ^{22,71-72}	1. ล้างมือ (Normal hand washing) ทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล และเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยหรืออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ (Hygienic handwashing) เป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อ 2. การใส่เครื่องป้องกันร่างกายขณะเตรียมอุปกรณ์ เช่น สวมถุงมือ ใส่ผ้าปิดปากและจมูก 3. ตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องปลอดเชื้ออย่างเข้มงวดเมื่อต้องใช้กับผู้ป่วย 4. การทำหัตถการที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าร่างกาย เช่น การเจาะเลือด ต้องทำด้วยความระมัดระวังการปนเปื้อนเชื้อจากภายนอก เพราะอาจเกิดการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่อุปกรณ์ 5. เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเพื่อขจัดเสมหะออก 3. กรณีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ พิจารณาดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยดูดสารคัดหลั่งในช่องปากก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และใช้สายดูดเสมหะอีกเส้นหนึ่ง 4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก ในกรณีที่ไม่มียาห้ามทางแพทย์ 5. ดูแลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวัน/กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเอง เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีฤทธิ์สงบระบบหรือเมื่อจำเป็นให้ใช้ในขนาดที่ต่ำสุด 7. ให้การดูแลสุขภาพช่องปาก หรือนำเสนอผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ	1. ประเมินและบันทึกอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะบ่อย 2. ดูแลระบบระบายน้ำปัสสาวะให้เป็นระบบปิด (Closed sterile drainage system) ตลอดเวลา 3. ดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลลงถุงรองรับได้สะดวก ระวังสายสวนปัสสาวะถูกกดทับ ถูกดึงรั้ง หรือมีการหักพับงอ ยกเว้นในกรณีที่จำเป็นต้องปิดท่อ (Clamp) ไว้ชั่วคราว เช่น การเก็บน้ำปัสสาวะส่งตรวจ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4. ดัดยัดสายสวนปัสสาวะไว้ที่ต้นขาด้านในของผู้ป่วย เพื่อลดการดึงรั้งป้องกันการเกิดอันตรายที่กระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะ 5. ดูแลให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับของกระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำปัสสาวะในถุงไหลย้อนกลับกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ 6. ดูแลไม่ให้มีการอุดตันจากตะกอนของปัสสาวะ โดยการรีดสายยางสม่ำเสมอ 7. ควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 14 วัน หรือตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 8. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยสบู่และน้ำสะอาดแล้วซับให้แห้ง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และหลังการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง 9. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำสะอาด เช็ดสายจากรูเปิดของท่อทางเดินปัสสาวะลงมาตามสาย ไม่เช็ดย้อนไปมา 10. การเก็บปัสสาวะส่งตรวจ ให้เช็ดสายยางบริเวณที่จะดูดน้ำปัสสาวะด้วย Alcohol 70 % ใช้ Syringe และเขี่ยปราศจากเชื้อดูดน้ำปัสสาวะจากสายยาง

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
	11. การเปลี่ยนเฉพาะถุงรองรับน้ำปัสสาวะ เมื่อสายของถุงรั่วซึม อุดตัน และหลุด หรือในถุงมีความชื้นไม่สามารถสังเกตลักษณะน้ำปัสสาวะได้ชัดเจน ให้เช็ดบริเวณข้อต่อระหว่างถุงรองรับน้ำปัสสาวะกับสายสวนปัสสาวะด้วย Alcohol 70 % และเขียนวันที่เปลี่ยนถุงทุกครั้ง 12. บันทึกรายละเอียดการสวนปัสสาวะทุกครั้ง เช่น วันที่ทำการสวนปัสสาวะ ขนาดของสายสวน สาเหตุการสวนปัสสาวะ เช่น มีการอุดตัน 13. บันทึกสี ลักษณะ และปริมาณปัสสาวะที่ออกมาว่ามีตะกอนขุ่นขาวหรือมีเลือดปนออกมาหรือไม่ 14. ดูแลเหน็บปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อมีระดับน้ำปัสสาวะ 3/4 ของถุง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ 15. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร ในกรณีที่ไม่มีขัดกับการรักษาของโรค เพื่อช่วยให้ปัสสาวะเจือจาง 16. บันทึกน้ำเข้า-น้ำออก (Intake/Output) เพื่อประเมินดูความสมดุลของน้ำในร่างกาย 17. ประเมินผู้ป่วยเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ร่วมกับปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ว่าควรถอดสายสวนปัสสาวะได้หรือไม่
การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแผลหลังการผ่าตัด	1. ทำแผลโดยใช้หลักปลอดเชื้อ (Aseptic technique) และควรสวมถุงมือทุกครั้งที่ทำแผล 2. ดูแลระบบการทำงานของขวดระบายเลือด (Radivac drain) ให้พร้อมใช้งานและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. ทำแผลหลัง off Radivac drain โดยใช้หลัก Aseptic technique และปิดแผลด้วย Fixomull 4. ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบวมแดงรอบ ๆ แผล และ discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด 5. แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำและห้ามแกะเกาแผล 6. ดูแลให้ได้รับอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม



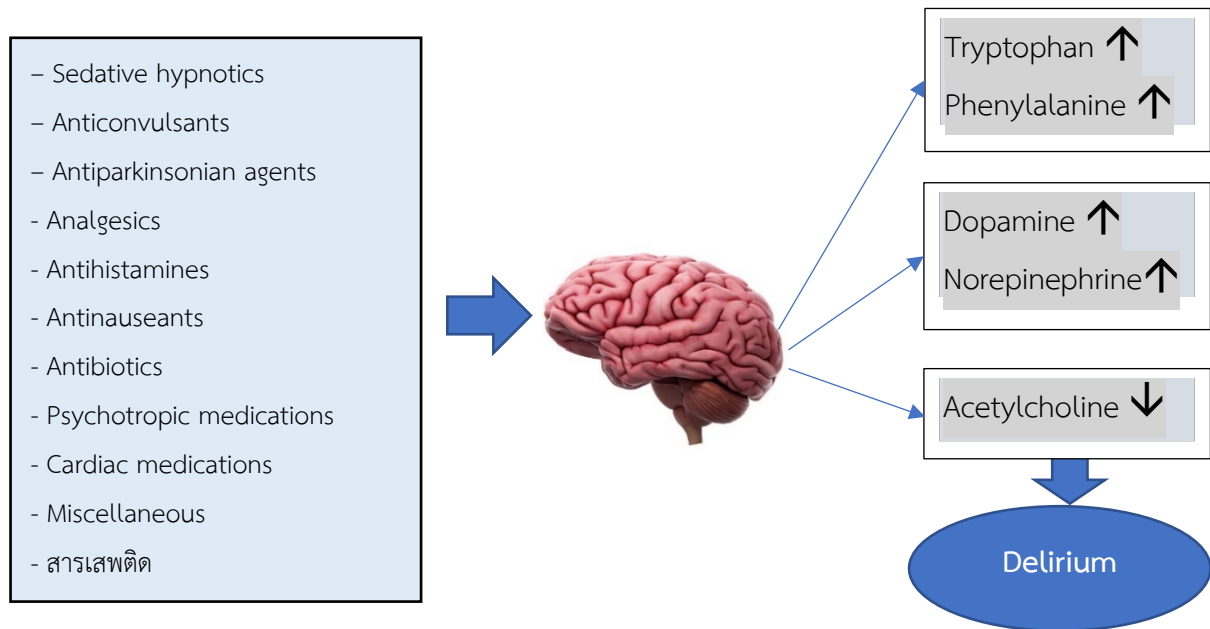
กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเมื่อเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุ	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 3. ติดตามและประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา ถ้าพบสิ่งผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบ (ในผู้ป่วยสูงอายุค่าปกติ WBC อยู่ในช่วง 3,000-9,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) 4. หากมีการติดเชื้อแต่ไม่พบอาการแสดงของการติดเชื้อที่ชัดเจน การวัดอุณหภูมิร่างกายได้ค่าปกติหรือมีไข้ต่ำ ๆ แต่ความเป็นจริงมีภาวะไข้ขึ้นสูง จึงต้องสังเกตอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ซึมลง สับสน พูดไม่รู้เรื่อง เบื่ออาหาร ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
การดูแลความสุขสบายเมื่อผู้ป่วยมีไข้	1. วัดสัญญาณชีพ และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา 3. ดูแลความสะอาดของผิวหนัง เมื่อไข้ลดลงอาจมีเหงื่อออกทำให้ผิวหนังชื้น ควรเช็ดตัวและเปลี่ยนให้สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่หนาเกินไป ป้องกันการสะสมของเชื้อโรค 4. ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล เพราะน้ำจะพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง ทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 5. ดูแลให้อากาศภายในห้องพักถ่ายเทได้สะดวก ไม่อับชื้น 6. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเต็มที่ จะช่วยลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เป็นการลดการผลิตความร้อนในร่างกายจะทำให้อุณหภูมิลดลง 7. ดูแลให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ และเป็นการลดความร้อนในร่างกายจากการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ

ยาที่ได้รับ (Medication)

ยาที่ได้รับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายโรคทำให้ได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) หรือปฏิกิริยาระหว่างยาและโรค (Drug-disease interaction) และปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction: ADR) โดยยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ เป็นปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergics (เช่น First Generation Anti-histamines, Antidepressant กลุ่ม Tricyclic, Antispasmodics), Antihypertensives (Methyldopa, Beta blockers), Opioid agonist, Digitalis ยาในกลุ่ม Anticholinergics ทำให้เมแทบอลิซึมของสมองเปลี่ยนแปลง มีการเพิ่มขึ้นของกรดอะมิโน Tryptophan และ Phenylalanine ทำให้ Dopamine และ Norepinephrine สูงขึ้น จึงยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาท Acetylcholine ที่มีส่วนสำคัญทั้งในระดับความรู้สึกตัวและองค์ประกอบของความรู้สึกตัว จึงควรเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นด้วยยา Dopamine และผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine ที่เสริมฤทธิ์ GABA เพราะการเพิ่มขึ้นของ GABA ทำให้มีการหลั่งสาร Dopamine และ Serotonin มากกว่าปกติเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง สูญเสียการรับรู้ ความจำ ความใส่ใจ นอกจากนี้การใช้ยาต้านความเศร้า หรือยาระงับปวด ร่างกายจะตอบสนองด้วยการหลั่งสาร Glucocorticoid คือ Cortisol มากกว่าปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ยาที่ลดฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์ของสารสื่อประสาทจึงเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ^{10,17,38,73-74}





ภาพที่ 6 การลดลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine ที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Delirium

ถึงแม้สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่พบว่าการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพียงปัจจัยเดียวก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ประมาณ ร้อยละ 12-39 จึงขอเสนอกลุ่มยาที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ^{10,75}



ยาพบบ่อยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ควรหลีกเลี่ยง^{10,66}

กลุ่มยาแก้แพ้

First generation antihistamines

- Brompheniramine
- Diphenhydramine
- Chlorpheniramine
- Dimenhydrinate
- Hydroxyzine
- Cyproheptadine
- Triprolidine

กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า

Antidepressant with high anticholinergic effects

- Amitriptyline
- Imipramine
- Paroxetine
- Nortriptyline
- Clomipramine
- Doxepin
- Desipramine

กลุ่มยาระบบประสาทและสมอง

Antiparkinsonian agent

- Benztropine
- Trihexyphenidyl

Antipsychotics

- Chlorpromazine
- Perphenazine
- Clozapine
- Olanzapine
- Thioridazine

Benzodiazepines

- Diazepam
- Lorazepam

Non-benzodiazepine

- Zolpidem
- Eszopiclone



กลุ่มยาต้านจุลชีพ

Fluoroquinolones and other antibiotics

- Ciprofloxacin
- Ofloxacin
- Ertapenem

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

Antispasmodics

- Atropine
- Dicyclomine
- Hyoscine
- Hyoscyamine

กลุ่มยาระงับปวด

Opioids

- Pethidine
- Tramadol

กลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

Corticosteroids (Oral and parenteral)

- Prednisolone
- Dexamethasone

กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก/ข้อ

Skeletal muscle relaxant

- Orphenadrine

กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร

H2-blocker antagonist

- Cimetidine
- Ranitidine



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาจากยาที่ได้รับในผู้ป่วยสูงอายุ^{38,73,76}	1. ชักประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้ รวมถึงสมุนไพร และยาเสพติดที่ใช้เป็นประจำในปัจจุบัน โดยอาจขอความร่วมมือจากเภสัชกรในการซักประวัติยา 2. ตรวจสอบการใช้ยา โดยการให้ญาติหรือผู้ดูแลนำยาทั้งหมดที่กำลังบริหารอยู่มาโรงพยาบาล เพื่อพิจารณารายงานแพทย์ในการปรับขนาดยา และลดความซ้ำซ้อนของการได้รับยา 3. หลังจากแพทย์ตัดสินใจที่จะลดหรือหยุดยาใดแล้ว ควรประสานกับแพทย์ท่านเดิมที่เป็นผู้สั่งยานั้นเพื่อหาข้อสรุป 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Creatinine clearance, Liver function tests (LFT) เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการทำงานของไต และตับ หากพบผลตรวจที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ 5. กรณีผู้ป่วยมีการใช้ยา Benzodiazepine เกิน 1 สัปดาห์ ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา 6. เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้ยา โดยประเมินสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท และระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป



การได้รับน้ำ (Hydration)

ภาวะขาดน้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) คือภาวะที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากกว่าที่ได้รับ ภาวะขาดน้ำพบได้ง่ายในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายและสมองเสื่อมลง การตอบสนองต่อการกระหายน้ำจึงลดลงทำให้ดื่มน้ำน้อย ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง อาจได้รับยาที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะทำให้น้ำในร่างกายน้อยลง และถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะดึงน้ำออกจากเซลล์เพื่อลดระดับน้ำตาลจึงปัสสาวะบ่อยสูญเสียน้ำได้อีกทั้งปัญหาสุขภาพช่องปากและการกลืนเกิดการลำบาก ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ปัญหาสายตา มองไม่ชัดเจนจึงไม่ออกไปจัดหาน้ำดื่ม และที่สำคัญผู้สูงอายุที่มีอัมพาตไม่สามารถจับแก้วน้ำได้อย่างมั่นคง หรือมีปัญหาในการดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง เช่น ภาวะสมองเสื่อม พาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง⁷⁷ หรือผู้สูงอายุสูญเสียน้ำอย่างเฉียบพลัน เช่น อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำมากยิ่งขึ้น

ภาวะขาดน้ำเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน พยาบาลควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยสูงอายุ แต่อาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น น้ำหนักลดลง Skin turgor ลดลง ผิวแห้ง ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตต่ำ⁷⁸ อาจต้องระมัดระวังในการแปลผลในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ หรือบางอาการอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุ จึงควรใช้ประกอบกับประวัติและอาการหลายอย่างร่วมกัน หากร่างกายขาดน้ำมากเกินไปทำให้เซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ระดับเลือดในร่างกายลดลง ทำให้การส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลงและการขาดน้ำทำให้เกิดสารพวก Ketone และ By-product ต่าง ๆ ขึ้นในร่างกายทำให้มีความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมไปรบกวนการทำงานของเซลล์ในสมอง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท Acetylcholine ทำให้เกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน²⁹ จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เกิดจากการขาดน้ำร้อยละ 56.5⁵

การประเมินภาวะขาดน้ำที่สำคัญ^{22,79-80}

1. หัวใจเต้นเร็ว แรง หายใจหอบ ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือชีพจรเพิ่มขึ้น 10-20 ครั้งต่อนาที
2. ความดันโลหิตต่ำ วัดค่าได้ต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) คือความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่า 20 มม.ปรอท เมื่อเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือยืน
3. ตรวจพบคีโตนในปัสสาวะ (trace ถึง + 1) ระดับน้ำตาลในปัสสาวะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน
4. ปัสสาวะน้อย (≤ 20 มิลลิลิตร / 1 ชั่วโมง) และมีสีเข้ม
5. ผิวแห้ง ตาแห้ง ปากแห้ง เยื่อช่องปากแห้ง และความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง
6. มีไข้ ง่วงซึม อ่อนเพลีย วิงเวียน ปวดศีรษะ สับสน สูญเสียการรับรู้เรื่องบุคคล เวลา และสถานที่
7. ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ สังเกตการขับถ่ายอุจจาระ อุจจาระที่นุ่มมากกว่าปกติแสดงถึงการสูญเสียน้ำออกมากับอุจจาระ และอุจจาระที่แข็งมากกว่าปกติแสดงถึงการขาดน้ำ
8. การตรวจเลือด
 - 8.1 ปริมาณโซเดียมสูงมากกว่า 145 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ = 135-145 มิลลิโมลต่อลิตร)
 - 8.2 ค่าออสโมลาริตีสูง (Osmolarity) (ค่าปกติประมาณ 280-300 มิลลิออสโมลต่อกิโลกรัม)
 - 8.3 สัดส่วนของค่า BUN/Creatinine ในเลือดมากกว่า 18 : 1 บ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำ

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยสูงอายุ²² การส่งเสริมให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	หาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ประเมินและบันทึกทางการพยาบาล 1. ชักประวัติผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร ดื่มน้ำ อาการท้องผูก โรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคเบาหวาน ประวัติการได้รับยา เช่น ยาขับปัสสาวะ หรือยาลดความดัน 2. สังเกตอาการภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง หรือกระตุก 3. สังเกตลักษณะของผู้ป่วยอาจมีปากแห้ง คอแห้ง ตาแห้ง ผิวแห้ง ปัสสาวะออกน้อย 4. ประเมินการดื่มน้ำและบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกทุก 8 ชั่วโมง 5. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดียวกัน โดยใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิมและสวมเสื้อผ้าที่คล้ายคลึงกันทุกครั้ง 6. จัดหาแก้วที่มีหูจับหรือสะดวกในการถือ หรือให้ดูน้ำจากหลอด และควรให้ดื่มน้ำช้า ๆ โดยจัดให้นั่งหรือนอนหัวสูงเพื่อป้องกันการสำลัก 7. กระตุ้นให้จิบหรือดื่มน้ำบ่อย ๆ ควรให้ได้รับน้ำทางปากอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 6-8 แก้วต่อวัน โดยกระตุ้นให้ดื่มน้ำทุกชั่วโมง หรือให้ดื่มเครื่องดื่มที่ชอบ หากไม่ได้มีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาสมดุลสารน้ำ เช่น มีโรคหัวใจหรือภาวะไตเสียหน้าที่ 8. ในการให้รับประทานยา ควรให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 1 แก้ว 9. ให้เวลาและจัดผู้ช่วยเหลือ หรือให้ญาติช่วยในการรับประทานอาหาร โดยแต่ละมื้อควรให้ผู้ป่วยได้รับน้ำประมาณ 2 ใน 3 ของที่ควรได้รับในแต่ละวัน 10. หลีกเลี่ยงน้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ 11. ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา



อาหาร (Nutrition)

ภาวะขาดสารอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition หรือ Under-nutrition) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดความเสื่อมของอวัยวะในร่างกาย มีโรคประจำตัว ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากมาย ผลของภาวะขาดสารอาหารทำให้การทำงานด้านการคิด และหาเหตุผลของสมองเสื่อมถอยลง เกิดโรคกระดูกพรุน มวลกล้ามเนื้อลดลง การทรงตัวไม่ดี ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำทำให้ขาบวม ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทางเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้ติดเชื้อง่าย การหายของแผลช้าลงเมื่อเกิดแผลกดทับ ทำให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น² เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และระบบของโรงพยาบาล เช่น เวลาการได้รับประทานอาหาร ลักษณะและรสชาติอาหารของโรงพยาบาล การควบคุมอาหารเฉพาะโรค การงดน้ำและงดอาหารทางปากเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และความเจ็บป่วยทำให้ความอยากอาหารลดลง⁸¹ ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร หรือทำให้ภาวะขาดสารอาหารที่มีอยู่รุนแรงมากยิ่งขึ้น การรับประทานอาหารได้น้อยร่างกายได้รับสารอาหารและเกลือแร่ไม่เพียงพอ ทำให้กลไกการทำงานของสมองมีเมแทบอลิซึมลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าได้ ขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้าซึมเศร้านำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารและเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่มากยิ่งขึ้น⁴⁰

ระดับของโซเดียมและโพแทสเซียมในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า⁸²

1. ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) น้ำในพลาสมาถูกดึงเข้าเซลล์ทำให้เซลล์บวม โดยเฉพาะเซลล์สมอง กระบวนการเมแทบอลิซึมของสมองผิดปกติ ทำให้สารสื่อประสาทเสียสมดุลเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าได้
2. ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) น้ำเคลื่อนเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ทำให้เซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อกระตุ้นได้ยาก ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงรุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจตาย และส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม สับสนได้

พยาบาลต้องมีความไวต่อลักษณะบ่งชี้ของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ดัชนีมวลกายลดลง กล้ามเนื้อขาบวม เท้าบวม เหงือกแห้ง ขนาดกล้ามเนื้อเล็กลง ซึ่งยากแก่การมองเห็นเพราะผู้สูงอายุมีลักษณะทางกายภาพที่คล้ายกับการขาดสารอาหารอยู่แล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาในโรงพยาบาลจึงต้องการการดูแลทางโภชนาการ ด้วยการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ การให้โภชนาบำบัด และการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสม เมื่อแรกรับผู้ป่วยมาพยาบาลควรคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสารอาหาร โดยแนะนำให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย⁸¹ สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับอัลบูมิน คอเลสเตอรอล และจำนวน Lymphocyte ที่ลดลง เป็นข้อมูลแสดงถึงการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ แต่การแปลผลเมื่อพบค่าอัลบูมินสูงต้องระวังเรื่องของการขาดน้ำ เนื่องจากค่าอัลบูมินจะสูงขึ้นได้ในภาวะขาดน้ำ อย่างไรก็ตามภาวะขาดน้ำและขาดสารอาหารเป็นเรื่องที่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน จึงควรประเมินภาวะขาดน้ำของผู้สูงอายุไปด้วย^{2,22}

การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร⁸¹

การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารเมื่อแรกรับ ตามแนวทางปฏิบัติของการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ใช้คัดกรองด้วยคำถาม 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจภายใน 6 เดือน
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้เกินกว่า 7 วัน หรือไม่
3. ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) < 18.5 หรือ > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือไม่
4. ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ หรือกึ่งวิกฤติหรือไม่

กรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงหรือประวัติดังกล่าวตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ควรทำการประเมินความเสี่ยงด้านโภชนาการต่อไป หากทำการคัดกรองแรกแล้วผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยง อาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นในระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลได้ ควรคัดกรองซ้ำทุก 5-7 วัน⁸¹

การประเมินภาวะโภชนาการ^{40,81,83}

1. การประเมินทางชีวเคมี โดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจะมีผลเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ Hct = 37-45.7 % HB = 12.0-14.9 กรัมต่อเดซิลิตร Serum Albumin = 3.5-5.2 กรัมต่อเดซิลิตร)
2. ดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ดัชนีมวลกายจะสูงกว่าวัยอื่น หากพบค่าดัชนีมวลกาย < 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ต้องเริ่มเฝ้าระวัง)
3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ โดยสอบถามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย
4. รับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยกว่าปกติ
5. อ่อนแอเหนื่อยล้ากว่าปกติ
6. การได้รับยาขับปัสสาวะ
7. หากผลการคัดกรองมีความเสี่ยง ควรส่งปรึกษานักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารเพื่อประเมินความเสี่ยงด้านภาวะโภชนาการเพิ่ม ด้วยเครื่องมือตามแนวทางปฏิบัติของการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย Nutrition Alert Form (NAF) หรือ Nutrition triage (NT 2013) อย่างใดอย่างหนึ่ง

การตัดสินใจใส่สายให้อาหารทางจมูก⁴⁰

การได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เพียงพอกับที่ร่างกายต้องการจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก อย่างไรก็ตามการมีสายพ่นธนาการย่อมสร้างความไม่สบายใจให้กับผู้ป่วยทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยดิ่งสายให้อาหารออกช้า ๆ อาจสร้างความหงุดหงิดให้กับเจ้าหน้าที่ การตัดสินใจใส่สายให้อาหารทางจมูกเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยต้องคำนึงถึงประโยชน์ของการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และควรพิจารณาถอดสายให้อาหารทางจมูกออกเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้แล้ว เพราะการรับประทานอาหารทางปากเป็นการประกอบกิจวัตรประจำวันเหมือนอยู่ที่บ้าน ข้อควรระวังก่อนถอดสายออกต้องทำการฝึกกลืนก่อน และดูแลให้รับประทานอาหารเองหรือป้อนอาหารในปริมาณเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ หากผู้ป่วยสามารถนั่งได้จะเป็นการช่วยส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อ ความอยากอาหาร และป้องกันการสำลัก จึงควรจัดทำให้เหมาะสมก่อนการให้รับประทานอาหาร ดังนั้น การดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วย และการประสานงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามบริบทของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วยสูงอายุ^{40,83} การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับประทานอาหาร	หากผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารหรือมีภาวะขาดสารอาหาร ต้องมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ 1. ชั่งน้ำหนักและบันทึกผลการรับประทานอาหารและน้ำทุกมื้อ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อช่วยเหลือผู้ที่รับประทานอาหารได้ไม่ดีตั้งแต่เนิ่น ๆ ถ้าได้รับอาหารไม่เพียงพอในกรณีที่มีปัญหามากให้รายงานแพทย์ เพราะอาจต้องพิจารณาให้อาหารเสริมทางการแพทย์ 2. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนถึงเวลารับประทานอาหาร เช่น บรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ 3. กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย ประมาณ 15 นาที ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1/2 ชั่วโมง 4. ประเมินการกลืน การไอ การทำงานของลำไส้ก่อนการให้อาหาร 5. จัดท่านั่งหรือศีรษะสูงให้เหมาะสมก่อนรับประทานอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงจากการสำลัก 6. จัดอาหารให้มีสีสันทวน่ารับประทานเป็นการกระตุ้นความอยากอาหาร 7. จัดอาหารให้เหมาะสมในการเคี้ยวและกลืนได้ง่าย ควรเป็นอาหารที่มีความอ่อนพร้อมรับประทาน 8. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค ประเมินความต้องการสารอาหารทั้งพลังงาน โปรตีน ไขมัน และเกลือแร่ที่เพียงพอ 9. สอบถามความต้องการอาหารของผู้ป่วย อนุญาตให้ญาตินำอาหารที่ชอบรับประทาน โดยให้สอดคล้องกับโรคและอนุญาตให้รับประทานอาหารร่วมกับญาติหรือคนที่คุ้นเคย 10. ดูแลให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หรือช่วยป้อนอาหาร ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ 11. ยืดหยุ่นเวลาในการรับประทานอาหารไม่เคร่งครัด รวมถึงจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อ

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
	12. ดูแลความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และหลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ผสม 13. พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยควรอยู่กับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจในช่วงเวลารับประทานอาหาร และคอยดูแลไม่ให้มีการทำกิจกรรมอื่นที่ขัดจังหวะในระหว่างมื้ออาหาร (ยกเว้นกรณีมีเหตุเร่งด่วน) 14. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากผิดปกติ รายงานแพทย์ และประสานงานเมื่อมีการส่งปรึกษา เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร



ท้องผูก (Constipation)

ภาวะท้องผูกเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ท้องผูก (Constipation) คือภาวะที่ขับถ่ายอุจจาระลำบากต้องใช้เวลาดำเนินการนานกว่าปกติ จำนวนการขับถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วัน ขึ้นไป การขับถ่ายแต่ละครั้งมีปริมาณอุจจาระน้อย ลักษณะเป็นก้อนแข็ง รู้สึกอึดอัดแน่นท้องเหมือนถ่ายไม่สุด⁸⁴ การขับถ่ายอุจจาระลำบากอาจเนื่องจากปวดบริเวณทวารหนัก เช่น ริดสีดวง แผลรอยแยก เส้นประสาทเสื่อม ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น ซึมเศร้า วิดกกังวล ระดับสติปัญญาลดลง การรักษาด้วยการฉายแสง ปัญหาสุขภาพช่องปาก ฟันเหลือน้อยเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย การได้รับน้ำน้อย การได้รับยาที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก เช่น Morphine, Tramadol, Codeine, Calcium carbonate มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคความผิดปกติทางระบบประสาทที่ควบคุมระบบทางเดินอาหาร เช่น พาร์กินสัน โรคเส้นประสาทเสื่อมจากเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนั้น โรคของลำไส้ หรือลำไส้ใหญ่ หรือทวารหนักขยายใหญ่ (Megacolon or megarectum) หรือมะเร็งอุดตันลำไส้ ทำให้อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นาน หากปล่อยไว้ อุจจาระที่ติดแน่นสะสมจะทำให้ภาวะท้องผูกรุนแรงยิ่งขึ้น เกิดความไม่สุขสบาย แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการมุ่งเน้นรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะที่เรื้อรัง ผู้ป่วยได้นอนอยู่แต่บนเตียง การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง รวมถึงสถานที่ในการขับถ่ายไม่เป็นส่วนตัว เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดภาวะท้องผูก⁵³ ส่งผลกระทบต่อการบำบัดรักษาโรคที่เป็นอยู่ ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ท้องผูกการเบ่งอุจจาระอาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้⁸⁵ อย่างไรก็ตามต้องแยกอาการซึมเศร้าที่เป็นอาการแสดงของโรคบางอย่างในผู้ป่วยที่มีภาวะตบวยเพราะเมื่อท้องผูกยิ่งทำให้ผู้ป่วยเลวลง เนื่องจากอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้เวลานานแบคทีเรียในลำไส้จะเปลี่ยนสารประกอบไนโตรเจนและอาหารพวกโปรตีนที่เหลือจากการย่อยเป็นแอมโมเนีย แอมโมเนียซึ่งเป็นสารพิษที่มีผลเสียต่อเซลล์ประสาทจะถูกดูดซึมกลับเข้ากระแสเลือด ส่งผลให้เกิดโรคสมองจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) ที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิดของบุคคล⁸⁶



การประเมินภาวะท้องผูก

พยาบาลไม่ควรประเมินภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นผลตามมาของภาวะท้องผูกดำเนินไป หรือไม่ควรละเลยในการประเมินการขับถ่าย ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการคิดรับรู้พร้อมต้องการการประเมินเป็นกรณีพิเศษ โดยพิจารณาปฏิบัติตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูลปริมาณอาหารและอาหารที่มีกากใย ชนิดของสารน้ำที่ได้รับในแต่ละวัน
2. ประวัติยาที่ได้รับ ได้ยาที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก หรือการรับประทานยาระบายเป็นประจำ
3. ประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้ป่วยอาจได้รับยาหลายชนิด ทั้งจากแพทย์และซื้อยาใช้เอง
4. ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร และการดื่มเครื่องดื่ม
5. ประเมินระดับของการรับรู้ ความสามารถตอบสนองที่ส่งผลต่อการสื่อสาร และการปฏิบัติตามคำสั่ง
6. ตรวจร่างกายพบท้องแข็งตึง ท้องป่อง เมื่อการคลำท้องตามแนวลำไส้ใหญ่พบก้อนอุจจาระ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) หรือมีริดสีดวงทวารหนัก
7. สอบถามความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้อง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือไม่ และสังเกตอาการหงุดหงิด ไม่สุขสบายร่วมด้วย
8. ตรวจภาพถ่ายรังสีช่องท้องพบ Fecal Impaction

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุ^{53,87} การดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารที่มีการใยอย่างเพียงพอ การส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้	ประเมินอาการท้องผูกทุกวัน และบันทึกการถ่ายอุจจาระไว้ในแบบบันทึกสัญญาณชีพ 1. จัดให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงทั้ง 3 มื้อ และปรุงให้เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักคะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง ถั่วแดง ถั่วเขียว ผลไม้ที่ไม่หวานจัด โดยควรให้ได้รับผัก 4 ทัพพีต่อวัน ผลไม้ 6 ชิ้นคำต่อมื้อ 2. หากไม่สามารถรับประทานอาหารที่มีกากใยได้ แนะนำให้รับประทานลูกพรุนหรือผลิตภัณฑ์ของลูกพรุนทดแทน 3. หากไม่มีข้อจำกัด ดูแลให้ได้รับสารน้ำไม่ต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 6-8 แก้วต่อวัน แนะนำผู้ป่วยให้จิบน้ำบ่อย ๆ 4. สำหรับผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้ แนะนำให้เดินออกกำลังกายครั้งละประมาณ 15-20 นาที วันละ 1-2 ครั้ง หรือ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ 5. สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวต้องให้การช่วยเหลือ ควรเดินประมาณ 15 เมตร วันละ 2 ครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การส่งเสริมกระตุ้นให้ขับถ่าย	6. สำหรับผู้ที่ถูกจำกัดอยู่บนเตียง ควรออกกำลังกายด้วยการยกสะโพก หมุนตัว และยกขาข้างเดียว 7. จัดความเป็นส่วนตัวในการขับถ่าย และตอบสนองความต้องการขับถ่ายของผู้ป่วยทันทีและเป็นไปอย่างสุภาพ 8. หากเป็นไปได้ควรพาผู้ป่วยไปขับถ่ายในห้องน้ำ และห้องน้ำควรอยู่ใกล้สามารถเข้าถึงง่าย มีประตูเปิดและมียุ้งที่จับที่เหมาะสม โถส้วมสะอาด 9. กรณีที่ถ่ายบนเตียง ควรปิดม่านให้เรียบร้อย หลังขับถ่ายเสร็จดูแลเรื่องความสะอาดให้ผู้ป่วย และนำกระโถนหรือที่นั่งถ่ายออกทันที 10. นวดหน้าท้องกรณีที่ไม่มีข้อห้าม เพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด แต่ต้องนวดช้า ๆ และนวดในทิศทางตามเข็มนาฬิกา
การใช้ยาระบายอุจจาระอย่างระมัดระวัง	11. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระภายใน 3 วัน ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต่อไป 12. การให้สารเพิ่มมวลอุจจาระ (Bulking agents) ถ้าเป็นประเภทเส้นใยหรือไฟเบอร์ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อป้องกันอุจจาระแข็งและถ่ายลำบาก 13. ยาระบายที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัว (Stool softeners) และขับถ่ายออกได้ง่าย เช่น น้ำมันพาราฟิน (ELP co.) ระยะเวลาออกฤทธิ์ 24-72 ชั่วโมง ถ้าใช้เป็นเวลานานจะส่งผลต่อการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี และเค โดยเฉพาะวิตามินดี ควรระมัดระวังในผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกพรุน เนื่องจากมีน้ำมันเป็นส่วนประกอบ เมื่อเกิดการสลายจะทำให้ปวดกระดูกมากขึ้น 14. ยาระบายประเภทออกฤทธิ์กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้แรงและเร็ว เช่น มะขามแขก หรือยา bisacodyl จะใช้ในกรณีท้องผูกรุนแรง ข้อเสียคือทำให้ปวดท้อง ถ้าใช้เป็นเวลานานทำให้ระบบประสาทไม่ทำงาน ยามีระยะเวลาออกฤทธิ์ 6-12 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
	15 การสวนและเหน็บยาต้องระมัดระวัง อาจเกิดอันตรายต่อลำไส้ถ้าสวนไม่ถูกวิธียาจะรั่วซึมเข้าลำไส้ ยาบางตัวมีส่วนผสมของโซเดียมฟอสเฟต อาจทำให้มีระดับฟอสเฟตสูงขึ้นในเลือด 16 หากผู้ป่วยมีอาการอึดอัดไม่สบายต้องพิจารณาและอุจจาระให้ ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางรายทำในกรณีที่ระบบประสาทไม่ทำงาน แต่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ (ไม่ควรล้วงเพราะการใช้นิ้วแหย่หรือล้วงเข้าไปในทวารหนัก อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และการอักเสบของลำไส้ตรง)



การกระตุ้นการเคลื่อนไหว (Early ambulation)

การไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

การที่อายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียความจุออกซิเจนที่ร่างกายสามารถใช้ในการทำกิจกรรม (Aerobic capacity) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องนอนพักอยู่บนเตียงทำให้ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือขาดการออกกำลังกาย ยิ่งทำให้ความสามารถในการใช้ออกซิเจน และระบบการไหลเวียนของเลือดลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้น้อย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการมึนงง สับสน เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงทำให้สภาวะร่างกายถดถอย (Function decline) กล้ามเนื้อที่ขาจะเกิดการถดถอยได้มากที่สุด ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่อาจเกิดภาวะทุพพลภาพจนไม่สามารถทำกิจกรรมเดิมที่เคยทำได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนอยู่แต่บนเตียงเพียงไม่กี่วันก็ทำให้เกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่วนการใช้เวลาในการฟื้นฟูกล้ามเนื้อให้กลับคืนสภาพจะนานมากกว่าเวลาที่ทำให้กล้ามเนื้อถดถอยอ่อนแรง²² ดังนั้น การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวลุกขึ้นจากเตียง ได้ลุกเดินโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Early ambulation) ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามจากการรักษา โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของแต่ละคน จะช่วยให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดการง่วงนอนในเวลากลางวันทำให้สามารถนอนหลับในเวลากลางคืนได้อย่างมีคุณภาพ เป็นการเพิ่มออกซิเจนให้เซลล์สมอง ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้

สำหรับการออกกำลังกาย (Exercise) เป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) ที่มีการวางแผนหรือการเตรียมตัว เป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงสมรรถภาพร่างกายไว้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะเน้นถึงความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด โดยประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด เพื่อตรวจประเมินสภาพร่างกาย⁸⁸ และช่วยเหลือในการออกกำลังกาย



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยสูงอายุ^{38,89-92} การส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว	ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและช่วยเหลือตามความเหมาะสม 1. หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยต้องนอนพักอยู่แต่บนเตียงเป็นเวลานาน และหลีกเลี่ยงการผูกมัด เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหว 2. กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด 3. ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หลังผ่าตัดวันแรกให้บริหารร่างกายในท่านอน เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ และปวดอวัยวะ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 4.1 ดูแลให้ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน หรือโกนหนวดด้วยตนเอง 4.2 จัดให้นั่งในท่าที่เหมาะสม และดูแลให้รับประทานอาหารด้วยตนเอง 4.3 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ลุกนั่งบนเตียงอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน 4.4 เริ่มให้ผู้ป่วยยืนข้างเตียง โดยพยุงผู้ป่วยลุกยืนด้วยการใช้น้ำหนักตัวลงบนขาทั้ง 2 ข้าง ให้พยาบาลหรือผู้ดูแล 2 คน ช่วยพยุงตัวผู้ป่วยโดยไม่ต้องใช้แรงช่วยทั้งหมด แต่ให้ความสำคัญกับการจัดทำ 4.5 ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินได้ ช่วยพาเดินไปอาบน้ำที่ห้องน้ำแทนการอาบน้ำบนเตียง 4.6 การพาผู้ป่วยเดิน ควรเริ่มต้นในระยะทางที่สามารถเดินได้ เช่น ถ้าเดินได้ในระยะทาง 6-8 เมตร ควรจัดโต๊ะรับประทานอาหารไว้ที่ระยะทาง 6-8 เมตร ทั้งนี้



กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การเตรียมผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว	ให้ผู้ดูแลเพิ่มระยะทางในการเดินทุกวัน และหากผู้ป่วยอาการไม่ดีควรให้หยุดพัก 5. จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม เช่น เครื่องช่วยเดิน 4 ขา (walker) ไม่เท้า 6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวด ดูแลจัดการให้บรรเทาหรือให้หายจากอาการปวดก่อนการเคลื่อนไหว 7. วัดสัญญาณชีพก่อน-หลัง โดยควรออกกำลังกายเมื่อความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 มม.ปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) $\geq 95\%$ 8. ระวังความดันโลหิตต่ำหลังการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ในผู้สูงอายุ 8.1 วัดความดันโลหิตในท่านั่งหรือท่านอนเปรียบเทียบกับความดันโลหิตในท่านยืน 8.2 ค่าความดันซิสโตลิกในท่านยืนต่ำกว่าค่าความดันซิสโตลิกในท่านั่งหรือนอนมากกว่า 20 มม.ปรอท 9. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการลุกนั่ง เคลื่อนไหว ร่วมทำกิจกรรม 10. ป้องกันและระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม โดยวางแผนร่วมกันเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ 10.1 การฝึกการทรงตัว/การเดินให้ดีขึ้น 10.2 การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองเห็นบกพร่อง 10.3 การป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา 10.4 การปรับสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย 11. วางแผนการจำหน่ายเรื่องการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยสูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม

สภาพแวดล้อม (Environment)

สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ในภาวะปกติการทำงานของสมองทำให้มนุษย์มีสติรู้ตัว มีความคิด ความจำ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ 1) การอยู่ในภาวะตื่นและรู้ตัว ซึ่งควบคุมโดย Reticular activating system (RAS) ที่อยู่บริเวณก้านสมอง และ 2) การมีสมาธิรับรู้ รับทราบต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งเร้าปัจจุบัน รวมทั้งมีความคิดความจำวิธีตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม²⁹ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีความผิดปกติของการรู้คิด คือความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง ความสามารถในการคงความใส่ใจลดลง ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้า ลดลง ความจำบกพร่อง สับสน เรื่องวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ หรือมีความแปรปรวนในการรับรู้ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป อยู่กับผู้คนที่ไม่คุ้นเคย การเปลี่ยนสถานที่นอน ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ การกระตุ้นให้รับรู้ต่อสภาพแวดล้อม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การสื่อสาร การจัดกิจกรรม การกระตุ้นการรู้คิดจะช่วยรักษาความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุได้⁴²

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ต่อสภาพแวดล้อม ^{42,93-96} การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	การจัดสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปให้เหมาะกับผู้ป่วยเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล 1. ดูแลให้มีแสงสว่างเพียงพอในเวลากลางวัน และลดแสงสว่างหรือหรี่ไฟลงในเวลากลางคืน 2. นำอุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็นและการได้ยินที่เป็นของผู้ป่วยวางไว้ใกล้ตัวให้พร้อมใช้เสมอและ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุ เช่น แว่นตา แว่นขยาย เครื่องช่วยฟัง 3. แนะนำให้ญาตินำสิ่งของและของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและใช้เป็นประจำมาใช้ที่โรงพยาบาล เช่น หมอน ผ้าห่ม รูป และของสะสมที่ทำให้ระลึกถึงความจำในอดีต 4. จัดให้มีนาฬิกา และปฏิทินที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ เพื่อให้อ่านได้ง่าย และถูกต้อง 5. มีป้ายแสดงสัญลักษณ์ต่าง ๆ ขนาดใหญ่และชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล	วิธีปฏิบัติ
การสื่อสาร	6. จัดทำนั่งให้เหมาะสมในกรณีไม่มีข้อห้าม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เป็นปัจจุบัน 7. ลดการย้ายเตียงหรือเปลี่ยนห้องพักบ่อย ๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ (Unfamiliar environment) 8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย และลดความวิตกกังวล 9. การสื่อสารด้วยการใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน มีจังหวะประสานสายตา โดยใช้ภาษากายร่วมด้วย พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลโทนเสียงที่ไม่สูงเกินไปไม่ควรตะโกน เนื่องจากการสูงวัยมีการเสื่อมของ Organ of corti และ Basilar membrane ซึ่งเป็นอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยิน เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลาง แข็งตัวมากขึ้นทำให้มีความบกพร่องการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำ
การจัดกิจกรรม	10. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 11. ส่งเสริมให้ประกอบกิจวัตรประจำวันมีการช่วยเหลือตัวเองอย่างน้อยวันละครั้ง โดยปรับตามความเหมาะสมของแต่ละสถานบริการสุขภาพ 12. ส่งเสริมให้ญาติ บุคคลในครอบครัว รวมถึงเพื่อนให้มีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อกระตุ้นการรับรู้ด้วยบุคคลที่คุ้นเคย 13. จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การฟังเพลง การเล่นเกม การอ่านหนังสือ
การกระตุ้นการรู้คิด	14. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด

บทที่ 5

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการแยกกลุ่มว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า และมุ่งเน้นให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้ แต่หากผู้ป่วยสูงอายุเกิดมีอาการของภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้ว การค้นหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และจัดการลดหรือขจัดสาเหตุที่เป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้เหล่านั้น รวมทั้งการวินิจฉัย การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การดูแลไม่ให้อาการแย่ลง ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัยด้วยการจัดการโดยไม่ใช้ยา¹⁰

ซึ่งการจัดการโดยไม่ใช้ยาไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและไม่เพิ่มภาระงานกับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นมากเกินไป ใช้ได้ทั้งการป้องกันก่อนเกิดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ ควรพิจารณาปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า

การกำหนดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้^{10,38,97-100}

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า การค้นหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะนี้ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และขจัดสาเหตุที่สามารถจัดการได้เหล่านั้น พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลที่กำหนด อาจพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมของบริบทสถานบริการสุขภาพในแต่ละแห่งที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการดูแล

การจัดสภาพหอผู้ป่วยให้เหมาะสม

1. เปิดหน้าต่างให้ผู้ป่วยได้เห็นแสงอาทิตย์หรือจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในช่วงกลางวัน ในช่วงกลางคืนเปิดไฟเท่าที่จำเป็นโดยไม่ให้แสงจ้าเกินไปและไม่ให้มืดมาก
2. จัดบริเวณทางเดิน และห้องน้ำให้มีแสงสว่างเพียงพอ
3. นำสิ่งของที่จำเป็นที่อยู่อบเตียงผู้ป่วยออก เพื่อให้ผู้ป่วยลุกเดินได้สะดวกและเมื่อผู้ป่วยนอนพักบนเตียงยกที่กันข้างเตียงขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัย
4. ขจัดสิ่งกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดการรับรู้ที่ผิด เช่น รูปภาพบนฝาผนัง หรือการเปิดทีวี ในผู้ที่ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไปจะทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น



การช่วยเหลือการมองเห็นและการได้ยินตามความจำเป็น

1. ให้สวมแว่นตา แนะนำญาติให้นำแว่นตาที่ใช้เป็นประจำมาใช้ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการใช้แว่นขยาย
2. ใช้เครื่องช่วยฟัง และกำจัดขี้หู โดยใช้ไม้พันสำลีที่มีขนาดไม่ใหญ่เกินไปทำความสะอาดช่องหู และไม่เช็ดบ่อยเกินไปเพราะขี้หูจะถูกสร้างมากขึ้น หากมีขี้หูอุดตันควรรายงานแพทย์เพื่อกำจัดขี้หูอย่างถูกวิธี

กระตุ้นการรับรู้บุคคล วัน เวลา และสถานที่

1. เน้นย้ำผู้ป่วยอย่างถูกต้องสม่ำเสมอด้านการรับรู้ โดยทบทวนเกี่ยวกับบุคคล วัน เวลา และสถานที่อย่างน้อยวันละครั้งหรือทุกครั้งที่เข้าไปดูแลผู้ป่วย และชวนพูดคุยเรื่องราวในปัจจุบันเพื่อช่วยเตือนผู้ป่วยให้อยู่กับปัจจุบัน
2. จัดให้มีปฏิทิน นาฬิกา ที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ จัดไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน
3. จัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ให้ผู้ป่วยวันละหลาย ๆ ครั้ง

การสร้างควมคุ้นเคย

1. จัดให้บุคคลที่คุ้นเคยเป็นผู้ดูแล ไม่เปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ๆ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ดูแลหรือสถานที่ให้แนะนำบุคคล สถานที่ เวลาทุกครั้ง
2. ไม่ย้ายที่นอนหรือย้ายเตียงบ่อย ๆ
3. อนุญาตให้นำของใช้ส่วนตัวที่คุ้นเคย เช่น รูปถ่าย หมอน ผ้าห่ม ที่ใช้ประจำที่บ้านนำมาใช้ที่โรงพยาบาลได้
4. เปิดโอกาสให้ญาติที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาร่วมดูแลและมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

การสื่อสาร

1. การสื่อสาร วิธีพูดคุยควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตรงไปตรงมา เป็นขั้นตอน ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้รับทราบอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วยเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
2. หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยตัดสินใจหรือให้ตัดสินใจน้อยที่สุด ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เข้าหาผู้ป่วยทางด้านหน้าอย่างช้า ๆ ป้องกันการรับรู้ว่าคุณคุกคาม

การดูแลให้นอนหลับโดยไม่ใช้ยา

1. ค้นหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ความปวด แล้วให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตามเวลาปกติ ไม่ปลุกขึ้นมาขณะที่ผู้ป่วยเริ่มต้นหลับ
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่รบกวนการนอนหลับ เช่น ลดแสง ลดเสียง ลดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์
4. จัดให้มีกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการนอนหลับในเวลากลางวัน
5. หลีกเลี่ยงยาที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ยาลดอาการคัน ลดความวิตกกังวล ลดกลุ่มอาการลำไส้บีบตัวผิดปกติ และลดอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะทำงานมากผิดปกติ ยานอนหลับ ยารักษาซึมเศร้า ยารักษาพาร์กินสัน



การดูแลระดับประคองด้านร่างกาย

1. ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ด้วยการดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ กรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า สับสนเฉียบพลันชนิดวงซึม อาจนอนหลับมากจนพลาดมื้ออาหาร กรณีที่เกิดอาการชนิดตื่นตัว อาจสับสนวุ่นวายจนรับประทานอาหารไม่เสร็จ หรือมีภาวะกลืนลำบากจากการทำงานของร่างกายลดลง ควรวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

2. ป้องกันภาวะท้องผูก ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน มีหลายสาเหตุ เช่น การมีภาวะซึมเศร้า การไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย การมีโรคร่วม (มะเร็งลำไส้ใหญ่ เบาหวาน) ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การได้รับยาบางชนิดที่พบบ่อย คือได้รับยาแก้ปวดประเภท Opioid ที่ทำให้ท้องผูก ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาประเภทนี้ ควรให้ยาระบายชนิด Stool softener ด้วย หากไม่มีข้อห้าม การดูแลเรื่องการขับถ่ายการประเมินและดูแลปัญหาอาจจาะเริ่มต้นเป็นการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน

3. ป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ไม่สวนคาสายสวนปัสสาวะ ดูแลให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำแบบปลอดเชื้อ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งไม่ให้เกิดการคั่งค้างของสารคัดหลั่ง

4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ถ้าเป็นไปได้ควรให้ยาที่ไม่มีส่วนประกอบของฝิ่น

การส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

1. กระตุ้นพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และช่วยเหลือให้ลุกจากเตียงในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดทางร่างกาย

2. วางแผนป้องกันหลาย ๆ ส่วน เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินวันละหลาย ๆ ครั้ง

3. กระตุ้นให้ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่สามารถจะทำได้

4. หลีกเลี่ยงการผูกมัด ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่านั้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วจึงควรถอดสายสวนปัสสาวะและปล่อยการผูกมัดให้เร็วที่สุด

การปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพิจารณาจัดการอุปกรณ์ทางกายภาพให้ออกจากตัวผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด เช่น สายน้ำเกลือ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ

2. งดใช้เสียงในตอนกลางคืน หรือพยายามจัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณที่ไม่มีเสียงดังรบกวน อาจให้ผู้ป่วยใส่ Earplug เวลานอนเพื่อป้องกันเสียงรบกวน

3. ลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนให้เหลือน้อยที่สุด เช่น การวางแผนการพยาบาลให้ปฏิบัติในครั้งเดียวกัน

4. ผู้ป่วยที่มีอาการ Hyperactive delirium ในระดับที่ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น หากจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วย ควรคลายเครื่องผูกมัดอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง และตรวจสภาพผิวหนังบริเวณที่ผูกมัด เพราะอาจเกิดแผลกดทับได้



1. พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาเจตคติที่ดีต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุตระหนักและยอมรับความรู้สึกต่าง ๆ ของการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลควรมีความมั่นคงทางอารมณ์ ตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมากกว่าการใส่ใจในเนื้อหาของการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เข้าใจและไม่ได้แย้ง

3. ควรมีพยาบาลเชี่ยวชาญในเรื่องภาวะซึมเศร้า สนับสนุน เพื่อให้ทีมพยาบาลได้ปรึกษาเกี่ยวกับ
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า สนับสนุน

5. ในกรณีที่ให้การรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาส่งปรึกษา เช่นจิตแพทย์
แพทย์ มาร่วมให้การดูแล อาจพิจารณาการส่งต่อผู้ป่วยหรือปรึกษา Tele-consultation ตามศักยภาพ
บริการสุขภาพแต่ละแห่ง

3. จัดให้มี Flow chart การดำเนินงานตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าแบบยั่งยืน
อย่างยั่งยืนตามบริบทของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง

5. แนะนำญาติผู้ดูแลถึงวิธีการช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นการรื้อคิด การสื่อสาร การทำกิจกรรม

ในปี 2015 Rosen และคณะ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบบพลันในห้องฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) แนวปฏิบัติประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัย/ตระหนักรู้ (Diagnosis/Recognition) การจัดการ (Management) และข้อควรปฏิบัติต่อไป (Disposition)

B = (Bladder Urine Retention) ประเมินว่ามีปัสสาวะไม่ออกหรือมีน้ำปัสสาวะบาง
สภาวะหรือไม่ หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะ การคาสายสวนปัสสาวะ และการเอา
มั่วจำเป็น



C = (Constipation) ให้ยาระบายถ้าไม่มีข้อห้าม หยุดยาที่ทำให้ท้องผูกชั่วคราว

D = (Dehydration) ตรวจ BUN, Cr แล้วพิจารณาให้น้ำอย่างเพียงพอ

E = (Environment) ระมัดระวังเรื่องความปลอดภัย เช่น การปีนเตียง การจัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบที่เหมาะสม ดูแลความสะอาดของร่างกายไม่ปล่อยให้ร้อนแฉ่จนเกินไป ปัสสาวะ

F = (Farmacy/Medication) ให้ยาประจำตามปกติ หลีกเลี่ยงการให้ยาที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. ข้อควรปฏิบัติต่อไป (Disposition) บริหารจัดการให้ผู้ป่วยย้ายเข้าหอผู้ป่วยโดยเร็ว ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในแต่ละแผนก

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing interventions) ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยังมีความเฉพาะในการให้การพยาบาลตามบริบทของแต่ละแผนก ในคู่มือนี้จะขอเสนอ 6 แผนก ในสถานบริการสุขภาพ คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม) ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน

แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น มีความเป็นไปได้ที่บุคลากรทางการแพทย์ อาจแยกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ หรือพบความยากลำบากในการวินิจฉัยแยกโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อม อาการที่พบมาก คือ นอนไม่หลับ การรับรู้ผิดปกติ หลงผิด อารมณ์แปรปรวน เอะอะ วุ่นวาย ไม่มีสมาธิจดจ่อ อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ในระหว่างวัน จะมีการรับรู้ที่เป็นปกติและสับสนสลับกันไปมา ดังนั้น การวินิจฉัยแยกโรคระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะสมองเสื่อม จึงมีความจำเป็นต้องได้ข้อมูลอย่างละเอียดจากผู้ดูแล¹⁰¹

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ควรปฏิบัติดังนี้

1. ทบทวนการใช้ยา หากพบยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เพื่อรับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ควรปรึกษากับแพทย์ หรือเภสัชกร
2. สังเกตอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มได้รับยาตัวใหม่ หรือได้รับการเพิ่มขนาดยา
3. พัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการประเมินภาวะสมองเสื่อม
4. จัดการกับอาการที่พบมากที่อาจส่งผลเสียหรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และ/หรือส่งผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ได้แก่ นอนไม่หลับ การรับรู้ผิดปกติ หลงผิด ระแวง อารมณ์แปรปรวน เอะอะ วุ่นวาย
5. ให้ความสำคัญกับการซักประวัติอย่างละเอียดจากผู้ดูแล เกี่ยวกับอาการระยะเริ่มต้นของผู้ป่วยว่าเคยเป็นค่อยไป หรือเกิดอาการขึ้นอย่างเฉียบพลัน และลักษณะการดำเนินโรคว่ามีอาการขึ้นลงในระหว่างวัน หรือมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อแยกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะสมองเสื่อม



หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU)

ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลต้องใช้เวลาอยู่ใน ICU นานขึ้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าใน ICU มีทั้งการจัดการแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล วัน เวลา สถานที่ ให้กับผู้ป่วยวันละหลาย ๆ ครั้ง ดูแลเรื่องการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุดหากไม่มีข้อห้าม ถอดสายสวนปัสสาวะและปล่อยการผูกยึดตามเวลาที่กำหนด ใช้แว่นตาหรือแว่นขยาย ใช้เครื่องช่วยฟัง กำจัดไข้ แก้ไขภาวะขาดน้ำโดยเร็ว ใช้แนวปฏิบัติจัดการอาการปวดแบบดูแลตามเวลา ลดเสียงดังหรือลดการรบกวนต่าง ๆ ให้เหลือน้อยที่สุด การจัดการแบบใช้ยาพบว่าการใช้ยา Benzodiazepines และ Narcotics ใน ICU เพื่อการรักษาภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการรับรู้ลดลงนำไปสู่ปัญหาที่ใหญ่ขึ้น¹⁰² การใช้ยาเพื่อสงบอาการที่เป็นที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานในการรักษาภาวะซึมเศร้าคือ Haloperidol ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Typical antipsychotics

ในระยะเวลาต่อมาได้มีหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติมในการรักษาภาวะซึมเศร้า โดยใช้ยาในกลุ่ม Atypical antipsychotics ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อยกว่า รวมถึงหลักฐานสนับสนุนในการใช้ยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ Antipsychotics อย่างไรก็ตามหลักฐานสนับสนุนถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเหล่านี้ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง จึงยังคงมีการศึกษาใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่องในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้า¹⁰

หอผู้ป่วยอายุรกรรม (Medical Ward)

การรักษาภาวะซึมเศร้าให้สำเร็จ จำเป็นต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการ และจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถจัดการได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย ได้แก่ ยาที่ได้รับ ภาวะติดเชื้อ ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่และน้ำตาล อาการปวด นอนไม่หลับ โดยยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าที่สามารถจัดการได้ ได้แก่ Analgesics, Antibiotics, Anticholinergics, Diuretics, Antihypertensives, Bronchodilators, Cardiovascular drugs, H₂-receptor antagonists, Sedatives, Steroids, Metoclopramide ยาขนาดสูง ๆ ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ Anticholinergic medications, Benzodiazepines, Narcotics และการได้รับยาหลายชนิดรวมกัน⁷⁵

หอผู้ป่วยศัลยกรรม (Surgical Ward)

ภาวะซีสส์สนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความปวด ยาที่ได้รับ ภาวะติดเชื้อ ความไม่สมดุลของเกลือแร่ และการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย อย่างไรก็ตามการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยจากการส่งต่อของพยาบาลในห้องผ่าตัด และห้องสังเกตอาการก่อนส่งผู้ป่วยมายังหอผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น ผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดมาก จะทำให้พยาบาลทราบข้อควรระวังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีสส์สนเฉียบพลัน และทำการเฝ้าระวัง ภาวะซีสส์สนเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับความสนใจและให้การรักษา หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาช้าย่อมมีผลให้การทำหน้าที่ของทั้งด้านร่างกายและจิตใจแย่ลง ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด พบว่าภาวะซีสส์สนเฉียบพลันสัมพันธ์กับ Inflammatory biochemical markers as neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), Platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), Systemic inflammation index (SII) ⁴¹

ห้องผ่าตัด (Operation Room: OR)

ปัจจัยด้านการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวถึงแม้จะมีผลกระทบที่ทำให้เกิดภาวะซีสส์สนเฉียบพลันในผู้สูงอายุบางคนเท่านั้น ⁴¹ แต่ภาวะซีสส์สนเฉียบพลันก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจและผ่าตัดข้อสะโพก ¹⁰³ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซีสส์สนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมักพบได้ ดังนี้ ²⁴

การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด เกิดภาวะช็อคมีผลต่อเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลต่อการเกิดภาวะซีสส์สนเฉียบพลัน และภาวะกลุ่มอาการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple organ dysfunction)

ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ระดับความดันแก๊สออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 60 มม.ปรอท ทำให้การส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองน้อยลง กระตุ้นให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน ทำให้มีการสังเคราะห์ Acetylcholine ลดลง

ภาวะขาดน้ำและการเสียสมดุลของเกลือแร่ การให้น้ำเกลือ (Saline) ปริมาณที่มากเกินไป ทำให้ระดับโซเดียมหรือเกลือแร่อื่น ๆ ไม่สมดุล เมื่อระดับโซเดียมในเลือดสูงค่าความเข้มข้นในเลือดสูงขึ้นด้วย น้ำในเซลล์ (Intracellular fluid) จึงเคลื่อนที่สู่น้ำนอกเซลล์ (Extracellular fluid) ส่งผลให้ปริมาตรของเซลล์ลดลง โดยเฉพาะในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซีสส์สนเฉียบพลัน หรืออาจชักได้



ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) การเต้นของหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดลิ่มเลือดก้อนเล็ก ๆ ไปอุดตันเส้นเลือดในร่างกาย หากเกิดที่หัวใจจะส่งผลให้เกิดการอุดตันไปเลี้ยงร่างกายน้อยลงทำให้ความดันโลหิตต่ำ มีผลต่อการนำออกซิเจนจากเม็ดเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง กระตุ้นให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน

โรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เมื่อได้รับการผ่าตัดอาจมี Plaques ที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งไปอุดตันเส้นเลือด หากไปอุดตันที่เส้นเลือดในสมองจะทำให้เกิดการขาดเลือดและทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ แต่หากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจะทำให้สมองขาดกลูโคส เกิดอาการมึนงง ซึมลง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การได้รับยาเกี่ยวกับระบบประสาทหลายชนิด และการดื่มสุรามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะประสิทธิภาพการขับออกของยาในผู้สูงอายุลดลง เกิดผลข้างเคียงของยาที่ไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาท ในผู้ป่วยที่ติดสุราหากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทันที หลังจากหยุดสุราประมาณ 72 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจากการผ่าตัดได้ จึงควรดูแลเรื่องการเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โรคประจำตัว การได้รับยาที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) อย่างเคร่งครัด รวมถึงดูแลเรื่องอาการปวดจากแผลผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลควรสังเกตอาการของภาวะซึมเศร้า และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room: ER)

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจะได้รับอุบัติเหตุ หรือมีความรุนแรงของความเจ็บป่วย เกิดสภาวะเร่งด่วนที่ต้องการการดูแลชนิดวิกฤต (Critical Care) มากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7-17 มีความทุกข์ทรมานในการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน¹⁰⁴ อัตราตายสูงขึ้น หรือทำให้การนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสี่ยงที่จะสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย¹⁰⁵ ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้ามีอัตราตายในระยะ 12 เดือน ร้อยละ 10-26 เมื่อเทียบเคียงกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ และกลั่นเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹⁰⁶ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในห้องฉุกเฉินมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งแก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันจำเป็นต้องประเมินสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หากปล่อยไว้จะทำให้คุณภาพชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้ ควรคาดการณ์และเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินที่ยังไม่เกิดภาวะซึมเศร้าแต่อาจเกิดภาวะนี้ขึ้นได้

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care: HHC)

ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง และมีอาการกำเริบทำให้ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากก่อนจำหน่ายอาจไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ร่วมกับข้อจำกัดด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ พร้อมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านอาจไม่เอื้อในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการเยี่ยมบ้านให้เร็วที่สุดภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วยหรือการปรับตัวและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง¹⁰⁷

ทั้งนี้ พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยต้องได้รับการเพิ่มความรู้และฝึกทักษะในการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดเตรียมระบบ และการดัดแปลงสภาพแวดล้อมที่บ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล

ปัจจุบันมีการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาล จึงขอยกตัวอย่างของการศึกษาที่น่าสนใจ ดังนี้

ในปี ค.ศ. 2021 Lee Y และคณะ¹⁰⁸ ได้มีการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าส่วนใหญ่การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเป็นการดูแลหลายด้านรวมกัน (Multifactorial intervention) ให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้ การใช้ดนตรีเป็นสื่อ การให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมโดยผ่านสื่อวิดีโอ การใช้แสงสว่างในการจัดสิ่งแวดล้อม การใช้อุปกรณ์ช่วยฟังเพื่อเพิ่มการรับรู้ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลนำแนวคิดมาปรับใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

ในปี ค.ศ. 2016 Avendano-Cespedes A และคณะ¹⁰⁹ ได้ทำการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 50 ราย ที่เข้ารับการรักษานอนในหอผู้ป่วย เป็นกลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลอง 21 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลแบบที่มีการให้ข้อมูลของวัน เวลา สถานที่ และให้การดูแลในเรื่องต่าง ๆ คือเรื่องการรับประสาทสัมผัส การนอน การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ อาการปวด การทบทวนการใช้ยา การไม่ผูกมัด และการเอาสายต่าง ๆ ออก โดยเริ่มให้การพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลและให้การพยาบาลทุกวันจนกว่าจะถึงวันจำหน่าย เครื่องมือที่ใช้วัดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยคือ CAM และ Delirium Rating Scale (DRS) วัดคะแนนความรุนแรง โดยวัดทุกวันตอนบ่าย คะแนนจากการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 14.3 และ 41.4, $p = 0.039$)

ในปี ค.ศ. 2016 Guo Y และคณะ¹¹⁰ ได้ทำการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งช่องปากที่เข้ารับการผ่าตัดจำนวน 160 ราย อายุอยู่ระหว่าง 65–80 ปี ที่มีคะแนน MMSE น้อยกว่า 24 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง โดยให้การดูแลแบบไม่ใช้ยาและให้การดูแลในหลายด้าน ได้แก่ การให้ความรู้แก่บุคลากร การให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และพาเยี่ยมชมหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม แนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่จะใช้หลังผ่าตัด กระตุ้นการรู้คิด โดยใช้ปฏิทิน นาฬิกา โทรศัพท์มือถือ วิทยุ แว่นตา เครื่องช่วยฟัง และสื่อสารด้วยตัวหนังสือบนแผ่นกระดานในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอ ลดเสียงรบกวน ส่งเสริมการนอนหลับ ลดการผูกมัด ให้ฟังเพลงที่ชอบ ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารถาน้อยอย่างเพียงพอตั้งแต่วัยแรก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลันน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 15 และ 31, $p = 0.006$) และระยะเวลาในการเกิดภาวะนี้น้อยกว่า (28 และ 60 วัน, $p < 0.0001$)

ในปี ค.ศ. 2015 วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะ¹¹¹ ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าซึมเศร้าพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าอาการซึมเศร้าซึมเศร้าพลันพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการผ่าตัด โดยการเกิดอาการซึมเศร้าซึมเศร้าพลันมีความสัมพันธ์กับ อายุ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม/การบกพร่องของการรู้คิด การได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ตามเวลา และการได้ยานอนหลับ ดังนั้นควรค้นหาผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงอย่างเป็นประจำ และดำเนินการเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าซึมเศร้าพลัน

ในปี ค.ศ. 2009 Isaia G และคณะ¹¹² ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับ Mortality rate, Hospital readmissions, Institutionalization rates ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงปานกลางกับภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลัน จำนวน 144 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องเจ็บป่วยเฉียบพลันในหน่วยบริการที่แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบ Geriatric Hospital Ward (GHW) กับแบบ Geriatric Home Hospitalization Service (GHHS) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 9.7 เกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลันในระยะเวลาที่เริ่มเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่ม GHW อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลัน ร้อยละ 16.6 โดยเกิดขึ้นเร็ว มีอาการนานและรุนแรงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม GHHS ที่มีอุบัติการณ์การเกิด ร้อยละ 4.7 และมีการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือนพบว่ากลุ่ม GHW มีแนวโน้มที่จะมี Institutionalization rate และ Mortality rate สูงกว่ากลุ่ม GHHS สรุปได้ว่าการเข้ารักษาแบบ GHHS ที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีการดัดแปลงหรือจัดสภาพแวดล้อมให้เหมือนบ้าน สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลันได้

การบริหารจัดการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นแล้ว จะต้องดำเนินการในหลายด้านร่วมกัน มีการประสานความร่วมมือในการดูแลให้การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยแต่ละราย (Tailor-made management) พยาบาลควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าพลัน และช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากภาวะนี้โดยเร็ว เช่น ส่งเสริมการนอนหลับ ส่งเสริมภาวะโภชนาการ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษา การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ถึงแม้การจัดการหลายอย่างยังมีความยาก การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เงียบสงบ การไม่ผูกมัดผู้ป่วยเมื่อมีอาการกระวนกระวาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันโดยไม่โต้แย้ง และมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมที่ต้องอาศัยการสร้าง ความมั่นคง

ทางอารมณ์ของพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจึงไม่ได้เรื่องที่ทำได้ง่าย หากผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ หรือขาดความรู้ ไม่เข้าใจวิธีการดูแลก็จะทำให้เกิดความยากลำบากและเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลมากขึ้น การใช้เทคนิคในการดูแลเพื่อคลี่คลายสถานการณ์ที่ยากลำบากเกี่ยวกับการดูแลที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล จะเกิดประโยชน์ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด โดยดูแลด้วยการให้ความรัก ความเข้าใจ การเอาใจใส่ อบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพร่างกายและจิตใจ ผ่านการสื่อสารเชิงพฤติกรรมที่มีแต่ในมนุษย์ 4 ประการ ประกอบด้วย 1) การพูด (Speech) 2) การสบตา (Eye contact) 3) การสัมผัส (Touch) และ 4) การจัดทำทางแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งจะเป็นการนำความเป็นมนุษย์กลับคืนมาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความผาสุกในชีวิต (Well-being) อีกทั้งผู้ให้การดูแลมีความเข้าใจสามารถทำการดูแลได้ดีขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยลดความเครียดในการดูแลและปัญหาต่าง ๆ ¹¹³



บทที่ 6

เครื่องชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เป็นงานบริการที่ทีมการพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ที่ผิดปกติ การสูญเสียความจำ การขาดสมาธิจดจ่อ เป็นภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใด เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาสั้น ๆ อาการอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เปลี่ยนแปลงดีขึ้นหรือแย่ลงระหว่างวัน อาการไม่อาจสามารถหายเป็นปกติได้ ทีมการพยาบาลต้องกำหนดเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลไว้ อย่างชัดเจนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย และเมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วต้องให้การดูแล ให้ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพหรือตัวชี้วัดคุณภาพไว้ เพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลที่เกิดขึ้น สะท้อนว่าการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดและเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยขึ้น พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีคุณภาพอยู่ในระดับใด สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ การพยาบาลผู้ป่วยได้ และใช้พัฒนาระดับบริการให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยนำผลลัพธ์จากตัวชี้วัดคุณภาพมาวิเคราะห์ และเปรียบเทียบระดับคุณภาพ ปัจจัยเกี่ยวข้องที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เช่น ถ้ามี ผลงานปีเดียวกันสามารถเปรียบเทียบคุณภาพใน 6 เดือนแรกกับ 6 เดือนหลัง เปรียบเทียบคุณภาพปีแรกกับปีที่ 2 หรือถ้าต้องการเปรียบเทียบคุณภาพของหน่วยงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ก็สามารถทำได้ เพื่อการพัฒนาระดับคุณภาพ บริการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและเกิดมีภาวะนี้ขึ้นแล้ว

การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดและผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โดยแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงออกก่อนด้วยการใช้แบบฟอร์มรายการตรวจสอบ (Check list) ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น จากนั้นทำการประเมินต่อในกลุ่มเสี่ยง ด้วยเครื่องมือ CAM-T และ CAM-ICU ตามความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกันทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยวิกฤต

สำหรับในคู่มือนี้ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้วัดผลลัพธ์บริการพยาบาลในภาพรวม โดยคำนึงถึง

1. ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลที่สะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระหว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล
2. ใช้กรอบแนวคิดในการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลตาม The Outcome Model for Health Care Research¹¹⁴ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวชี้วัดปัจจัยเกี่ยวข้องที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ หากหน่วยงานนำไปใช้แล้วต้องการพัฒนาระดับบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น ให้พิจารณาปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนคุณภาพได้ตามการพัฒนางานการพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วย ที่จะทำให้เกิดคุณภาพเปลี่ยนไปตามการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ (New approach) เพื่อสามารถวัดคุณภาพได้ชัดเจนตรงประเด็นมากขึ้น
3. ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้



คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราความครอบคลุมการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษา
เป็นผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

ตัวชี้วัดที่ 2.1: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่เกิน ร้อยละ 8

ตัวชี้วัดที่ 2.2: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)/กลุ่มผู้ป่วย Hip fracture ไม่เกิน ร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดที่ 4: ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 5: ความพึงพอใจของทีมการพยาบาล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

เครื่องชี้วัดคุณภาพ หรือตัวชี้วัดคุณภาพ เป็นการประเมินคุณภาพที่สามารถประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาหลักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และการดูแลเพื่อลดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ในกระบวนการการดูแลด้วยการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินคุณภาพการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเลือกวัดส่วนใดก็ได้ เนื่องจากตัวชี้วัดคุณภาพจะถูกแปลงค่าเป็นตัวเลขเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวสะท้อนคุณภาพ หรือนำไปสู่การทบทวนการสอบสวนกระบวนการ การปรับปรุงปัจจัยนำเข้า เพื่อการยกระดับคุณภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิมขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เป็นสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น การนำตัวชี้วัดคุณภาพมาใช้จะต้องมีความชัดเจนว่าต้องการประเมินคุณภาพที่จุดใดจุดหนึ่งของการเชื่อมโยงกระบวนการของการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ทีมการพยาบาลสามารถนำตัวชี้วัดคุณภาพไปใช้ประเมินเพื่อหาจุดพัฒนา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของปัจจัยองค์ประกอบ กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและที่เกิิดภาวะนี้ขึ้นแล้ว

ผู้บริหารควรสนับสนุนให้ทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกในทีมการพยาบาล เพื่อให้สมาชิกทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้าใจนิยามตัวชี้วัดตรงกัน และให้มีสมาชิกในทีมรับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อจัดทำข้อมูลตัวชี้วัดมาติดตามคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และองค์กรจะต้องควบคุมให้มีการปฏิบัติตามตัวชี้วัดแต่ละตัวได้ เพื่อสะท้อนความสามารถในการให้บริการพยาบาลของพยาบาลในองค์กร แต่หากหน่วยงานที่มีการดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ทีมการพยาบาลสามารถตั้งเกณฑ์ระดับคุณภาพได้เอง ซึ่งอาจต่ำกว่าเกณฑ์ที่สถาบันฯ กำหนดไว้ และเมื่อการดำเนินการผ่านระยะเริ่มต้นแล้ว หน่วยงานสามารถยกระดับเกณฑ์คุณภาพให้สูงขึ้นจนบรรลุตัวชี้วัดตามที่สถาบันฯ กำหนดไว้

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราความครอบคลุมการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการแยกแยะเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ป่วยที่ถูกประเมินมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้น เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ประสบอุบัติเหตุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันฯ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญของการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไม่ให้เกิดขึ้น

และเพื่อการค้นพบอาการในระยะแรกจากการประเมินได้เร็วก่อนเกิดอาการรุนแรง และให้การช่วยเหลือเพื่อช่วยลดอาการได้เร็วที่สุด

นิยาม อัตราความครอบคลุมการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งปวง และปัจจัยกระตุ้นที่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินระดับความรู้สึกตัว “RASS” และเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย “CAM-T” หรือ “CAM-ICU” ตามบริบทของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ 1) ระดับความสนใจและการรับรู้ 2) ระดับสมาธิ 3) ระดับความคิด 4) ระดับความรู้สึกตัว

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

ตัวชี้วัดที่ 2.1: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่เกิน ร้อยละ 8

ตัวชี้วัดที่ 2.2: อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)/กลุ่มผู้ป่วย Hip fracture ไม่เกิน ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการแยกแยะเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า และการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยการค้นหาสาเหตุและการจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งปวง และปัจจัยกระตุ้นได้เร็วก่อนอาการรุนแรง ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญของการเฝ้าระวังก่อนเกิดอาการซึมเศร้ารุนแรง ในการค้นพบอาการในระยะแรกจากการประเมิน และให้การช่วยเหลือเพื่อช่วยลดอาการได้เร็วที่สุด การติดตามอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า และการพยาบาลดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว

นิยาม อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยทั้งปวง และปัจจัยกระตุ้นที่ได้รับการประเมินแล้วเป็นกลุ่มที่เกิดภาวะซึมเศร้า และการจัดการด้วยการค้นหาสาเหตุและการจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้เร็วก่อนอาการรุนแรง ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญเพื่อให้การช่วยเหลือและลดอาการได้เร็วที่สุด โดยการค้นพบอาการในระยะแรกกว่ามีภาวะซึมเศร้าเกิดอาการขึ้นแล้ว จากการประเมินและการติดตามอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า การพิจารณาให้การพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เกิดภาวะซึมเศร้า} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$



ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยการใช้แนวทางในการแยกผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง คัดกรองเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง โดยให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า และการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยการค้นหาสาเหตุ จัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้นได้เร็ว อาการรุนแรง ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญของการเฝ้าระวังป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ให้เกิดขึ้น และการค้นพบอาการในระยะแรก และให้การช่วยเหลือเพื่อช่วยลดอาการได้เร็วที่สุด การติดตามอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าและให้การพยาบาลดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว

นิยาม อัตราผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้นที่ได้รับการจัดการปัจจัยเสี่ยง การประเมินการค้นหาสาเหตุ การจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้เร็วก่อนเกิดอาการรุนแรง และให้การดูแลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญเพื่อป้องกันผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า และการค้นพบอาการระยะแรกจากการประเมิน และให้การช่วยเหลือเพื่อช่วยลดอาการได้เร็วที่สุด การติดตามอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้า พิจารณาให้การพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

ตัวชี้วัดที่ 4: ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ดูแลหรือครอบครัวต่อบริการที่ได้รับ

นิยาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหรือครอบครัวที่มีต่อบริการที่ได้รับจากทีมการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ตามแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการพยาบาล} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถามทั้งหมด}}$$

ตัวชี้วัดที่ 5: ความพึงพอใจของทีมการพยาบาล ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการบริหารจัดการด้านบุคลากรในประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดอาการขึ้นแล้วที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งมีผลต่อกระบวนการปฏิบัติงานในการให้บริการที่มีคุณภาพ

นิยาม ความพึงพอใจของทีมการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดอาการขึ้นแล้วที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งวัดได้จากการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมการพยาบาล

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจของทีมพยาบาลที่ได้จากการประเมิน} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถามทั้งหมด}}$$

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. หน้า 1-14.
2. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: อีส ออแกนิส จำกัด; 2560.
3. Wan M, Chase JM. Delirium in older adults: diagnosis, prevention, and treatment. B C Med J. 2017;59:165-70.
4. ศรีสรลักษณ์ สุขมงคล, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. เอกสารในการประชุม: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 25 พ.ค. 2561; มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี. 2561. หน้า 364-76.
5. ทิพย์เนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. ราชบัณฑิตยสถานสาร. 2561;24:138-49.
6. กัญญา ปุกคำ, กุสุมา คุ้มวัฒนสมฤทธิ์, ธาติพย์ วิเศษธาร. การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะซึมเศร้าในหอผู้ป่วยอายุวิกฤต ศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562;6:68-86.
7. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advance in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318:1161-74.
8. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354:1157-65.
9. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D, et al. Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. J Med Assoc Thai. 2011;94 Suppl 1:S99-104.
10. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรุณทัย ศิริอัสกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช = Clinical practice guidelines for prevention and management of delirium in hospitalized older patients.--กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
11. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. หน้า 113-27.
12. Limpawattana P, Sutra S, Thavornpitak Y, Sawanyawisuth K, Chindaprasit J, Mairieng P. Delirium in hospitalized elderly patients of Thailand; is the figure underrecognized? J Med Assoc Thai. 2012;95 Suppl 7:S224-8.

13. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A, Inouye SK, et al. Cognitive trajectories after postoperative delirium. *N Engl J Med*. 2012;367:30-9.
14. Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED. Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly persons. *Lancet Psychiatry*. 2014;1:312-15.
15. สุนันทา ครองยุทธ. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอ ซี ยู (Managing of Delirium in ICU Patients). วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558;23:89-99.
16. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med*. 2017;377:1456-66.
17. Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T, Shahid M, et al. Insight into delirium. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8:25-34.
18. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26:277-87.
19. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911-22.
20. นิติกุล บุญแก้ว. การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่เข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12:38-47.
21. กรมสุขภาพจิต, สำนักวิชาการสุขภาพจิต. ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรคจิตเวช: ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
22. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2555.
23. Flacker JM, Lipsitz LA. Neural mechanisms of delirium: current hypotheses and evolving concepts. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54:B239-46.
24. Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Fendler W, Okonski P, Banys A, et al. Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. *J Psychosom Res*. 2010;69:179-85.
25. Mendez FM, Gershfield DN. Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, FenichelGM, Jankovic J eds. *Neurology in clinical practice: The neurological dis-orders*, fourth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004.p29-42.
26. Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*. 2015;14:823-32.
27. Schub TB. Delirium: an overview. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
28. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5:210-20.

29. กุลธิดา เมธาวาทิน. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ การวินิจฉัย แบบประเมินและแนวทางการรักษา. วารสารสมาคมประสาทวิทยา 2561;13:21-9.
30. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113:941-8.
31. De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist*. 2015;55:1079-99.
32. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lerttrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract*. 2011;12:65.
33. Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chittawatanarat K, Khongpheng N, et al. Validity and reliability of the Thai version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Clin Interv Aging*. 2014;9:879-85.
34. Kuladee S, Prachason T. Development and validation of the Thai version of the 4 'A's test for delirium screening in hospitalized elderly patients with acute medical illnesses. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:437-43.
35. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond agitation-sedation scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:1338-44.
36. Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003;289:2983-91.
37. Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of delirium in elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(Suppl 3):S329-40.
38. นิตยา จันทบุตร, ครองสินธุ์ เขียนชานา. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2563;4:20-39.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022 [cited 2023 Feb 3]. Available from: <http://cec-formation.net.pagespersoorange.fr/sensorycapture.htm>
40. Geirsdottir OG, Bell JJ, editors. Interdisciplinary nutritional management and care for older adults: an evidence-based practical guide for nurses [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-63892-4>



41. Robinson T. Ask the expert: prevention and treatment of post-operative delirium [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.healthinaging.org/tools-and-tips/ask-expert-prevention-and-treatment-post-operative-delirium>
42. Gee S, Bergman J, Hawkes T, Croucher M. Think delirium: preventing delirium among older people in our care. Christchurch: Canterbury District Health Board; 2016.
43. จิตติมา ณรงค์ศักดิ์, จิตติมา สงวนวิชัยกุล, วรพงศ์ ตรีสทิธินิช. การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ: บทความพินพิวิชาการ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2563;14:69-85.
44. ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. การนอนหลับในผู้สูงอายุ. ใน: ศิริรัตน์ ปานอุทัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560. หน้า 65-76.
45. ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์. ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43:139-50.
46. Watson PL, Ceriana P, Fanfulla F. Delirium: is sleep important? Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012;26:355-66.
47. Farasat S, Dorsch JJ, Pearce AK, Moore AA, Martin JL, Malhotra A, et al. Sleep and delirium in older adults. Curr Sleep Med Rep. 2020;6:136-48.
48. Aghakouchakzadeh M, Izadpanah M, Soltani F, Dianatkhah M. Are melatonin and its agonist the natural solution for prevention of delirium in critically Ill Patients? A review of current Studies. Jundishapur J Nat Pharm Prod. 2017;12(Suppl 3):e64305. doi: 10.5812/jjnpp.e64305.
49. อัญชนา สุรอมรรัตน์, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. เมลาโทนิกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย. เวชบัณฑิตศิริราช [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ก.พ. 2566];14:37-53. จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/247032>
50. จุฬาลักษณ์ ใจแปง, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ, ยุทธชัย ลิขิตเจริญ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและการจัดการโดยบุคลากรด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่พักรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยมณี. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2563;26:123-37.
51. Flink BJ, Rivelli SK, Cox EA, White WD, Falcone G, Vail TP, et al. Obstructive sleep apnea and incidence of postoperative delirium after elective knee replacement in the nondemented elderly. Anesthesiology. 2012;116:788-96.
52. Mirakhimov EA, Brewbaker LC, Krystal DA, Kwatra MM. Obstructive sleep apnea and delirium: exploring possible mechanism. Sleep Breath. 2014;18:19-29.
53. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. ภาวะท้องผูก. ใน: ศิริรัตน์ ปานอุทัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560. หน้า 11-21.
54. สุริรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36:18-31.
55. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ฝ่ายการพยาบาล, คณะกรรมการจัดการความปวด. แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ส.ค. 2565]. จาก: http://203.131.209.219/km/admin/new/110220_114839.pdf

56. กนกกาญจน์ กองพิธิ, ดาราวรรณ อักษรวรรณ, วาสีฏฐี เศษวงศ์, ณัฐวดี บุญเรือง, พลากร สุรกุลประภา. อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2563;35:193-8.
57. สุวรรณ สกประเสริฐ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิศา วิศวจารย์, ปิติพร สิริทิพากร. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Delirium ในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559;33:61-8.
58. ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, อรพิชญา ไกรฤทธิ์. การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุ. รามาธิบดีเวชสาร. 2561;41:92-9.
59. McCaffery M, Beebe A. Pain: Clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1989.
60. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain. 2001;92:173-86.
61. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001;93:173-83.
62. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4:9-15.
63. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. Am J Crit Care. 2006;15:420-7.
64. นุสรุ ประเสริฐศรี. การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2560;1:1-19.
65. Pinheiro ARPO, Marques RMD. Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31:571-81.
66. World Health Organization. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
67. Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract. 2008;8:287-313.
68. นริศ เจนวิริยะ. ประคบร้อน หรือ ประคบเย็น. HealthToday Magazine, No.201; 2561.
69. Rudolph JL, Ramlawi B, Kuchel GA, McElhaney JE, Xie D, Sellke FW, et al. Chemokines are associated with delirium after cardiac surgery. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63:184-9.
70. กำธร มาลาธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรางค์ สิงหนาท. โรคติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2550;13:272-87.
71. กรมควบคุมโรค, สถาบันบำราศนราดูร. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.



72. กรมควบคุมโรค, สถาบันบำราศนราดูร. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
73. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด; 2565.
74. Koronkowski M, Eisenhower C, Marcum Z. An update on geriatric medication safety and challenges specific to the care of older adults. *Ann Longterm Care*. 2016;24:37-40.
75. Alagiakrishnan K, Wiens CA. An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgrad Med J*. 2004;80:388-93.
76. ฤชณพกร ทิพย์กาญจน์เรขา, สำลี สาลีกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2562;20:31-9.
77. กรมอนามัย, กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ. 8 แก้วต่อวัน ป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ส.ค. 2565]. จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/8-cup/>
78. George J, Rockwood K. Dehydration and delirium--not a simple relationship. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:811-2.
79. Amella EJ. Presentation of illness in older adult: if you think you know what you're looking for, think again. *AORN J*. 2006;83:372-4, 377-82, 385-9.
80. Chu CL, Liang CK, Lin YT, Chow PC, Pan CC, Chou MY, et al. Biomarkers of delirium: Well evidenced or not? *J Clin Gerontol Geriatr*. 2011;2:100-4.
81. กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, สิริกานต์ เตชะวนิช, พรพจน์ เปรมโยธิน, สุรัตน์ โคมินทร์, วิบูลย์ ตระกูลสุน, สรนิต ศิลธรรม, และคณะ. การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program); 2559 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พ.ย. 2566]. จาก: <http://www.hitap.net/research/165294>
82. ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล. กระบวนการพยาบาลและการประยุกต์ใช้: สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
83. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การส่งเสริมสุขภาพ: ภาวะโภชนาการ. ใน: ศิริรัตน์ ปานอุทัย, บรรณาธิการ. *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด*; 2561. หน้า 147-60.
84. Joanna Briggs Institute. Management of constipation in older adults. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2008;12:1-4.
85. จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธภักดี. ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2549;12:10-24.
86. สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์. ภาวะท้องผูก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 2552;2:12-22.

87. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือปฏิบัติการดูแลสูงอายุระยะยาวสำหรับประชาชน. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
88. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. หน้า 399-423.
89. กรมการแพทย์, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Exercise in Patients with Diabetes and Hypertension). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
90. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ทริค อินค์; 2562.
91. เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. กรุงเทพฯ: ภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
92. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีจี พูล จำกัด; 2551.
93. Gineste Y, Marescotti R. The sensory capture and feedback in the management of behavioral disturbances in demented old patients during basic care [Internet]. 2008 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <http://cec-formation.net.pagespersoorange.fr/sensorycapture.htm>
94. ดวงรัตน์ กวินนทชัย, จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฐ์, ศุภวรรณ ใจบุญ. การป้องกันและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์. 2563;27:162-74.
95. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
96. Honda M, Mori M, Hayashi S, Moriya K, Marescotti R, Gineste Y. The effectiveness of French origin dementia care method: Humanity to acute care hospitals in Japan. Eur Geriatr Med. 2013;2:207-16.
97. Rosen T, Connors S, Clark S, Halpern A, Stern ME, DeWald J, et al. Assessment and management of delirium in older adults in the emergency department: literature review to inform development of a novel clinical protocol. Adv Emerg Nurs J. 2015;37:183-96.
98. Abraha I, Rimland JM, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: clinical practice recommendations the SENATOR-ONTOP series. J Nutr Health Aging. 2016;20:927-36.
99. Morley JE. Constipation and irritable bowel syndrome in the elderly. Clin Geriatr Med. 2007;23:823-32.
100. Ross DD, Alexander CS. Management of common symptoms in terminally ill patients: Part II. Constipation, delirium and dyspnea. Am Fam Physician. 2001;64:1019-26.

101. Stroomer-van Wijk AJ, Jonker BW, Kok RM, van der Mast RC, Luijckendijk HJ. Detecting delirium in elderly outpatients with cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 2016;28:1303-11.
102. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46:e825-e873.
103. นิสารัตน์ ยวพัฒน์วงศ์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ. การประเมินและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลภายหลังการผ่าตัด. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2016;3:101-12.
104. Han JH, Wilson A, Ely EW. Delirium in the older emergency department patient-a quiet epidemic. *Emerg Med Clin North Am*. 2010;28:611-31.
105. Han JH, Eden S, Shintani A, Morandi A, Schnelle J, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. *Acad Emerg Med*. 2011;18:451-7.
106. Gower LE, Gatewood MO, Kang CS. Emergency department management of delirium in the elderly. *West J Emerg Med*. 2012;13:194-201.
107. สำเริง แหงกระโทก, รุจิรา มังคละศรี. ศูนย์สุขภาพชุมชน: หนทางสู่ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: บริษัท สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด; 2545.
108. Lee Y, Lee J, Kim J, Jung Y. Non-pharmacological nursing interventions for prevention and treatment of delirium in hospitalized adult patients: Systematic review of randomized controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:8853. doi: 10.3390/ijerph18168853.
109. Avendaño-Céspedes A, García-Cantos N, González-Teruel Mdel M, Martínez-García M, Villarreal-Bocanegra E, Oliver-Carbonell JL, et al. Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas*. 2016;86:86-94.
110. Guo Y, Sun L, Li L, Jia P, Zhang J, Jiang H, et al. Impact of multicomponent, nonpharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;62:112-7.
111. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล, อสิตา วงศ์ไพโรจน์, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, สราวุธ สุวรรณพทุมเลิศ, วีระศักดิ์ สุทธิพรพลากร, ประเสริฐ อัสสันตชัย. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. *J Med Assoc Thai*. 2015;98:423-30.
112. Isaia G, Astengo MA, Tibaldi V, Zanolini M, Bardelli B, Obialero R, et al. Delirium in elderly home-treated patients: a prospective study with 6-month follow-up. *Age*. 2009;31:109-17.

113. ฌีเนสเตอ อีฟส์. ฮิวแมนนิจูด แนวคิดและเทคนิคใหม่ในการดูแลคนในครอบครัว. กรุงเทพฯ: ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส); 2563.
114. Holzemer W. In improving health through nursing research. London, United Kingdom: Wiley Blackwell; 2010.
115. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัท สินทวิการพิมพ์ จำกัด; 2567.

ภาคผนวก



เอกสารแนบหมายเลข 1

ชื่อ/สกุล.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: Modified Thai Frailty Index ¹¹⁵

คำถาม	คะแนน = 0	คะแนน = 1
1. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)		คะแนน = x/13
1.1 โรคความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.2 โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ มี
1.3 โรคหลอดเลือดสมอง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ ไม่มี	☐ มี
1.5 โรคไตเรื้อรัง (CKD stage 3 ขึ้นไป)	☐ ไม่มี	☐ มี
1.6 มี BMI < 18.5 kg/m ² หรือ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ของ น้ำหนักตัวใน 1 ปี	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.7 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.8 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.9 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	☐ ไม่มี	☐ มี
1.10 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
1.11 ความจำลดลง (ถาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที)	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ (จำได้น้อยกว่า 2)
1.12 การคำนวณผิดปกติ (ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง)	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ (ลบไม่ถูกเลย)
1.13 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2. ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)		คะแนน = y/6
2.1 ท่านจัดคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมอยู่ในระดับใด	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.2 โดยรวม ท่านมีความพอใจในชีวิตทุกวันนี้ระดับใด	☐ ดี	☐ ไม่ดี
2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่

2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลัง ในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่ สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์ กับคนสนิท	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วง นอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือตื่นเช้าเกินไป	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน)		คะแนน = z/11
3.1 การกินอาหาร	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.2 การอาบน้ำ	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.4 การกลืนอาหาร	☐ ไม่มีปัญหา	☐ มีปัญหา
3.5 การกลืนปัสสาวะ	☐ ไม่มีปัญหา	☐ มีปัญหา
3.6 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.7 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.8 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.9 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	☐ ไม่มีปัญหา	☐ ต้องมีคนช่วย
3.10 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่
3.11 ท่านสามารถเดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถวหรือไม่	☐ ไม่ใช่	☐ ใช่

การแปลผล

$$\begin{aligned} \text{Frailty index (FI)} &= \text{จำนวนปัญหาที่พบ} \div \text{จำนวนปัญหาที่ประเมิน} \\ &= x + y + z/30 \end{aligned}$$

เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง > 0.25 หรือ คัดคะแนน $x + y + z$

- แข็งแรง ≤ 3 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง ≥ 14 คะแนน



เอกสารแนบหมายเลข 2

ชื่อ/สกุล.....วันที่.....เวลา.....

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
แบบฟอร์มรายการตรวจสอบ (Check list) เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง¹⁰

ปัจจัยนำ	ใช่	ไม่ใช่
อายุ (โดยเฉพาะอายุ 65 ปี ขึ้นไป)	☐	☐
การมองเห็นบกพร่อง หรือการได้ยินบกพร่อง	☐	☐
ภาวะสมองเสื่อม (ใช่ = พบภาวะใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● Dementia ● Mild cognitive impairment	☐	☐
ภาวะเปราะบาง	☐	☐
มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง	☐	☐
โรคทางสมอง (ใช่ = พบ ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป) ● Previous stroke ● Neurodegenerative disorders ● Intracranial hemorrhage ● History of cerebral injury ● Hydrocephalus ● Brain tumor	☐	☐
โรคเรื้อรัง (ใช่ = พบ ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป) ● Diabetes Mellitus ● Atrial Fibrillation ● Acute kidney injury ● Chronic kidney disease ● Alcoholic liver disease ● Chronic pneumonitis	☐	☐
มีประวัติเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมาก่อน	☐	☐
มี APACHE II score ≥ 20 (สำหรับผู้ป่วย ICU)	☐	☐



ปัจจัยกระตุ้น	ใช่	ไม่ใช่
ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ไม่ใช่ยา		
มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ใช่ = พบภาวะใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ● ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ● ภาวะการทำงานของไตหรือตับล้มเหลวเฉียบพลัน ● โรคหลอดเลือดสมอง ● อื่น ๆ (ระบุ).....	☐	☐
มีภาวะเกลือแร่ผิดปกติ (ใช่ = พบภาวะใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● ภาวะโซเดียมต่ำ ● ภาวะโพแทสเซียมต่ำ	☐	☐
มีการใส่สายสวนปัสสาวะ		
มีการขาดยาหรือการถอนยาบางชนิด (ใช่ = ข้อใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● สารเสพติด ● สุรา	☐	☐
มีอาการปวด	☐	☐
ยา		
กลุ่มยา First generation antihistamine (ใช่ = ยาใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● Brompheniramine ● Chlorpheniramine ● Cyproheptadine ● Diphenhydramine ● Dimenhydrinate ● Doxylamine ● Hydroxyzine ● Tiprolidine ● อื่นๆ (ระบุ).....	☐	☐



ปัจจัยกระตุ้น	ใช่	ไม่ใช่
Antiparkinsonian agent, anticholinergics (ใช่ = ยาใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● Benztropine ● Trihexyphenidyl ● อื่นๆ (ระบุ).....	☐	☐
Antidepressant with high anticholinergic effects (ใช่ = ยาใดก็ได้ในข้อต่อไปนี้) ● Amitriptyline ● Clomipramine ● Desipramine ● Doxepin ● Imipramine ● Paroxetine ● Nortriptyline ● อื่นๆ (ระบุ).....	☐	☐

ประเมินผู้ป่วยและคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้พิจารณา ดังนี้

ข้อเสนอการนำไปใช้ ผู้ป่วยทุกรายที่มีปัจจัยเสี่ยงจากปัจจัยนำ และปัจจัยกระตุ้นเพียง 1 ปัจจัย ในช่วงเวลาใดก็ตามที่อยู่ในหอผู้ป่วย จะถือว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ เรียกว่า “Patients at risk of delirium”

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ “Patients at risk of delirium” จะได้รับการคัดกรอง (Screening) และเข้าสู่มาตรการการป้องกัน (Prevention) ต่อไป

หมายเหตุ: ขออนุญาตใช้แบบคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ที่พัฒนาโดย คณะทำงานแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



เอกสารแนบหมายเลข 3

ชื่อ/สกุล.....วันที่.....เวลา.....

เครื่องมือประเมินระดับความรู้สึกตัว The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)

คะแนน	ลักษณะอาการ	คำอธิบาย
+ 4	ต่อสู้	มีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อบุคลากรในทันทีทันใด
+ 3	กระวนกระวายมาก	ดิ้นท้อ หรือสายสวนต่าง ๆ ก้าวร้าว
+ 2	กระวนกระวาย	มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเป้าหมายบ่อยครั้ง ด้านเครื่องช่วยหายใจ
+ 1	พักไม่ได้	กระสับกระส่าย หวาดวิตก มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรง
0	ตื่นตัวและสงบ	
- 1	ง่วงซึม	ปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก แต่ตื่นไม่เต็มที่ และสงบได้นาน ≥ 10 วินาที
- 2	หลับตื้น	ปลุกตื่นในช่วงสั้น ๆ เมื่อเรียกสงบได้ < 10 วินาที
- 3	หลับปานกลาง	มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อเรียก แต่ไม่สงบ
- 4	หลับลึก	ไม่ตอบสนองต่อเสียง แต่มีการเคลื่อนไหว หรือลืมตาเมื่อกระตุ้นทางกาย
- 5	ปลุกไม่ตื่น	ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก หรือการกระตุ้นทางกาย

ถ้า RASS เป็น - 4 หรือ - 5 ให้หยุดพักการประเมิน และประเมินซ้ำในเวลาต่อไป

ถ้า RASS เป็น - 3 ถึง + 4 ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2

* Sessler และคณะ AJRCCM 2002;166:1338-44

* Ely และคณะ JAMA 2003;289:2983-91

หมายเหตุ: ขออนุญาตใช้แบบประเมิน The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) ฉบับภาษาไทย
ที่พัฒนาโดย คุณสิริรัตน์ เหมือนขวัญ



เอกสารแนบหมายเลข 4

ชื่อ/สกุล.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบฉบับภาษาไทย: CAM-T

ข้อ	ลักษณะอาการ	ทำเครื่องหมาย ถ้ามี
1	[เริ่มต้นมีอาการอย่างเฉียบพลัน] มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตของผู้ป่วยไปจากสภาพเดิมอย่างเฉียบพลันหรือไม่ ☐ ไม่ใช่	☐
2A	[เสียสมาธิ] ผู้ป่วยมีปัญหาในการตั้งสมาธิใหม่ ยกตัวอย่าง เช่น วอกแวกง่าย หรือมีปัญหาในการติดตามคำพูดต่าง ๆ ☐ ไม่ใช่	☐
2B	[หากปรากฏหรือผิดปกติ] พฤติกรรมนี้ขึ้น ๆ ลง ๆ ตอนสัมภาษณ์ คือมีแนวโน้มที่จะเป็น หาย ๆ หรือเฉยๆ เป็นมากเฉยๆ เป็นน้อยไหม? ☐ ไม่ใช่	☐
3	[ความคิดกระจัดกระจาย] ผู้ป่วยมีความคิดกระจัดกระจายหรือไม่ต่อเนื่อง เช่น มีการพูดเรื่อยเปื่อย หรือการสนทนาที่ไม่เชื่อมโยง ความคิดที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือมีการเปลี่ยนหัวข้อไปมาโดยไม่รู้ล่วงหน้าไหม ☐ ไม่ใช่	☐
4	[ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป] โดยรวมแล้ว คุณจะให้ระดับของความรู้สึกตัวของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (ให้ระบุ) ☐ ดี (ปกติ) ☐ ไม่แน่ใจ	☐ ระบาดระวัง (ตื่นตัวเกินไป ไวต่อการกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อมมาก) ☐ ซึม (ง่วง ปากให้ตื่นง่าย) ☐ สลบ (ปากให้ตื่นยาก) ☐ โคม่า (ปากไม่ตื่น)
ผลการประเมิน CAM-T โดยมีลักษณะตามข้อ 1, 2 และข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 3 หรือ 4 หรือมีหมดทั้ง 4 ข้อ วินิจฉัย ☐ มี Delirium ☐ ไม่มี Delirium		

Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopornpanish M, Maneeton B, Lerttrakarnnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. BMC Fam Pract. 2011;12:65. CAM Instrument and Algorithm cited as Inouye, S., et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. Annals of Internal Medicine, 1990;113:941-48. Translated with permission by Wongpakaran N. (2008)

หมายเหตุ: ขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบฉบับภาษาไทย: CAM-T ที่พัฒนา โดย ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์



เอกสารแนบหมายเลข 5

ชื่อ/สกุล.....วันที่.....เวลา.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบฉบับภาษาไทย (CAM-ICU)

ลักษณะสำคัญที่ 1: การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันหรือความผันผวนขึ้นลงของสถานะทางจิตใจ	การให้คะแนน	ทำเครื่องหมายเมื่อมีลักษณะตามข้อ
ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางจิตใจอย่างฉับพลันไปจากพื้นฐานเดิมหรือไม่ หรือ ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจผันผวนขึ้นลงใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาหรือไม่ เมื่อประเมินด้วย sedation scale (เช่น RASS), GCS หรือ มีการประเมินภาวะเพ้อมาก่อนหน้านี้	ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง	☐
ลักษณะสำคัญที่ 2: การไม่ตั้งใจ การทดสอบความตั้งใจด้วยตัวเลข (การทดสอบด้วยรูปภาพดูในคู่มือ) คำแนะนำ: บอกกับผู้ป่วยว่า “ฉันจะอ่านตัวเลข 10 ตัวเรียงกันให้คุณฟัง เมื่อคุณได้ยินเลข ‘1’ ให้คุณบีบมือฉัน” จากนั้นอ่านตัวเลขตามลำดับด้วยระดับเสียงปกติ เมื่อครบ 3 วินาที จึงอ่านตัวเลขถัดไป 8 1 7 5 1 4 1 1 3 6 นับคะแนนผิดเมื่อผู้ป่วยไม่ได้บีบมือขณะอ่านเลข 1 และเมื่อผู้ป่วยบีบมือขณะอ่านตัวเลขที่ไม่ใช่เลข 1	ผิด > 2	☐
ลักษณะสำคัญที่ 3: การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก RASS ขณะประเมินเป็นอะไรก็ตามที่ไม่ใช่ตื่นตัวและสงบ (ตุนย)	RASS เป็นอะไรก็ได้ที่ไม่ใช่ตุนย	☐
ลักษณะสำคัญที่ 4: ความคิดไม่เป็นระบบ คำถามใช่ / ไม่ใช่ (ชุดคำถามอื่นดูได้จากคู่มือ) 1. ก้อนหินลอยน้ำใช้ไหม 2. ปลาอยู่ในน้ำใช้ไหม 3. 1 กิโลกรัมหนักกว่า 2 กิโลกรัมใช้ไหม 4. คุณสามารถใช้ด้อนตอกตะปูได้ใช้ไหม นับข้อผิดเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามไม่ถูกต้อง คำสั่ง บอกกับผู้ป่วยว่า “ฉันจะนับมาตามนี้” (ชื่อนี้ 2 นิ้วต่อหน้าผู้ป่วย) จากนั้นบอกกับผู้ป่วยว่า “ตอนนี้ให้คุณทำแบบเดียวกันด้วยมืออีกข้างหนึ่ง” (ไม่ต้องชื่อนี้ให้ดูซ้ำ) * ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนทั้ง 2 ข้างได้ ในขั้นตอนที่ 2 ของคำสั่ง บอกให้ผู้ป่วย “ชื่อนี้เพิ่มขึ้นมาอีก 1 นิ้ว” ผิดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่งได้อย่างสมบูรณ์	รวมคะแนนแล้ว ผิด > 1	☐

รวม CAM-ICU ทั้งหมด เมื่อมีลักษณะสำคัญที่ 1, 2 และ 3 หรือ 4 = CAM-ICU Positive	เข้าเกณฑ์	CAM-ICU Positive (มีภาวะซึมเศร้า เฉียบพลัน)
	ไม่เข้าเกณฑ์	CAM-ICU Negative (ไม่มีภาวะซึมเศร้า เฉียบพลัน)

Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved

หมายเหตุ: ขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวิกฤต ฉบับภาษาไทย: CAM-ICU ที่พัฒนา โดย
 คุณศิริรัตน์ เหมือนขวัญ



คำสั่งกรมการแพทย์

ที่ ส ๗๑ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน (Acute Hospital Care)

ด้วย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดให้มีบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาวิชาการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน (Acute Hospital Care) เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสามารถนำรูปแบบไปปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ และ มาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน (Acute Hospital Care) โดยมีองค์ประกอบดังนี้

๑. อธิบดีกรมการแพทย์		ที่ปรึกษา
๒. รองอธิบดีกรมการแพทย์ที่กำกับดูแล		ที่ปรึกษา
๓. ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ		ที่ปรึกษา
๔. นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา	กรรมการสภาการพยาบาล	ที่ปรึกษา
	สภาการพยาบาล	
๕. นายณัฐพล สุทธิสุนทรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	
๖. นางกฤษณา ตริยมณีรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รองประธาน
	ด้านส่งเสริมพัฒนา	
	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช	
	ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
๗. นางสุวรรณา สมัครธรรม	พยาบาลวิชาชีพ	คณะกรรมการ
	หัวหน้าหอผู้ป่วย	
	โรงพยาบาลศิริราช	
๘. นางดลีนพร สนธิรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
	ด้านการพยาบาล	
	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณ	
	สังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	
๙. นางพรจันทร์ สัยละมัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	คณะกรรมการ
	ด้านการพยาบาล	
	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	

๑๐. นางสาวกาญจนา...



คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

๑๐. นางสาวกาญจนา เหลี่ยมไทร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑๑. นางสาวสาลินี ไทยธวัช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา	คณะทำงาน
๑๒. นางยุพิน เรืองพิสิฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา	คณะทำงาน
๑๓. นางชนากานต์ แท้วิริยะกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก	คณะทำงาน
๑๔. นางศุภลักษณ์ ชวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก	คณะทำงาน
๑๕. นางสาวสุชีรา อังตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก	คณะทำงาน
๑๖. นางสาวปองหทัย พุ่มระย้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	คณะทำงาน
๑๗. นางวาศินี อ่อนท้วม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน	คณะทำงาน
๑๘. นางสาวอนุชตรา วรรณเสวก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๑๙. นางโสภิต ทับทิมหิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒๐. นางสาวนันทิยา แก้ววงษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒๑. นางสาวปิ่นธสุทธิ์ ยอดตราขสุริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
๒๒. นางสาวพัชรี แสงอรุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน

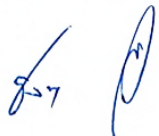
๒๓. นางสาวชนิษฐา...

๒๓. นางสาวนิษฐา หมอชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี	คณะทำงาน
๒๔. นางสาวอัญชลี สุนทรสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์	คณะทำงาน
๒๕. นางสาวชลธิ์ เครือสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์	คณะทำงาน
๒๖. นางสาวกิงดาว พุ่มอภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	คณะทำงาน
๒๗. นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒๘. นางสาวรุ่งนภา คงภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๒๙. นางสาวสุชาณี ศรีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๓๐. นายภักดิ์วัฒน์ บุญเจริญธนพงษ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันโรคผิวหนัง	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. จัดทำคู่มือการป้องกันและการจัดการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (delirium)
 ๒. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ให้มีมาตรฐานการบริการผู้ป่วยสูงอายุเฉียบพลัน (Acute Hospital Care) ตามหลักทฤษฎีการของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 ๓. สนับสนุนงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหอผู้ป่วยสูงอายุ (Acute Care of the Elderly unit)
 ๔. พัฒนารูปแบบพยาบาลแหล่งประโยชน์ (Geriatric Resource Nurse Model: GRN Model) ให้รับผิดชอบผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน
 ๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕


(นายธงชัย กิริติทัตยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์
แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้า
ในผู้ป่วยสูงอายุ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์ แนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

1. นายพิมาน สีทอง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
2. นางสาววาสนา มากผาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
3. นางสาวสุทธิฤดี ปิยะรัตน์พิพัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
4. นางสาวสุมาลี สว่างสุขสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
5. นางฉานิยา เทพพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
6. นางสาวจันทร์ทิมา จันทร์ทิพย์วารี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

7. นางสาวสุภาวดี เจียรกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สถาบันประสาทวิทยา
8. นางสาวศุภลักษณ์ แนววงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
9. นางสาวเปรมฤดี บุญทรานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
10. นางสาวแสงรุ่ง สุขจิระทวี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
11. นางพรณทิพย์ ยิ้มวาสนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันโรคผิวหนัง
12. นางสาวอรพรรณ วรรณกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันโรคผิวหนัง
13. นายพนพันธ์ โลพันธ์ศรี	นักกายภาพบำบัด	สถาบันโรคผิวหนัง
14. นางจันทร์นภา เพชรมุณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
15. นางกิริดา นาวิวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
16. นางสาวพรทิพย์ สายสุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเลิดสิน
17. นางสาวสุภาวดี ตนะศุภผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเลิดสิน
18. นางสาวสนธยา ห่านตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเลิดสิน
19. นางดวงกมล ดีทองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเลิดสิน
20. นางสาวพรชมน คัฒมาตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเลิดสิน



21. นางสาวพรทิพย์ กุลากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเลิดสิน
22. นางสาวขวัญฤทัย บุนนาค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเลิดสิน
23. นางสาวกรรณิการ์ ทองสนิท	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลเลิดสิน
24. นางบุบผา ปั่นประดับ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเลิดสิน
25. นางปนัดดา ธรรมโร	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเลิดสิน
26. นางสาวกมลรัตน์ แก้วนิสัย	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเลิดสิน
27. นางสาวอัญชลี ไชยนนท์	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลเลิดสิน
28. นางสาวพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่
29. นางสาวศุภาพิชญ์ สัจจิตรภรณ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อน ภาคใต้ จังหวัดตรัง
30. นางสาวกุลธิดา จันทร์เทศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
31. นางสาวทิพธิดา กิ่งก้า	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
32. นางสาวเสาวรินทร์ เติมปราชญ์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
33. นางสุพัตรา ปวนไผ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่



คู่มือแนวทางการพยาบาลป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

34. นางสาวพัชรา ธารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
35. นางสาวกุลมาศ วชิรโสภณกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
36. นางสาวประภาพันธ์ กิตติราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
37. นายเครพ วัฒนยา	นายแพทย์ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลชัยภูมิ อุดรธานี
38. นางวิมลรัตน์ อำพัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชัยภูมิ แม่ฮ่องสอน
39. นางพนารัตน์ หมื่นพรมมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชัยภูมิ แม่ฮ่องสอน
40. นางสาวกนกวรรณ พวงมาลีประดับ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชัยภูมิ แม่ฮ่องสอน
41. นางเยาวลักษณ์ โกมลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชัยภูมิ แม่ฮ่องสอน
42. นายจักรพันธ์ สืบพันธุ์โพธิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชัยภูมิ ขอนแก่น
43. นางสาวนิภาพร แสงอรุณากุล	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลศิริราช
44. นางสาวสุทิสรา ปิติญาณ	พยาบาลชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลศิริราช



45. นายอุดมโชค อินทรโชติ	รองผู้อำนวยการด้านการบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลชัยภูมิ
46. นางชฎานิสรา มณีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชัยภูมิ
47. นางภิญญาดา อาทิตย์วงศ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลชัยภูมิ
48. นางสาวโสภิตา กริพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
49. นางสาวตรวรัษ์ สถาปิตานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช
50. นายศิวดล ประพันธ์พิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช
51. นางรัชณี ศรีเจียงคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง
52. นางสาวเตือนใจ เทียนทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลนครปฐม
53. นางสุนทรา เชื้อบ้านเกาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
54. นางสาวชนิกานต์ องค์กร	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
55. นางสาวมิสรา ละไม	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
56. นางอรนรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
57. นายยุทธศักดิ์ โอสธนากร	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์
58. นางอุบล หาญฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 59. นางนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 60. นางวรรัตน์ หินไชยศรี | พยาบาลวิชาชีพ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 61. นายปิยะพล ขำอุดม | พยาบาลวิชาชีพ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2024 8481-87