

ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ

Psychological impacts on patients with critical illness: Management strategies

วิจิตรา กุสุมภ์* และสุนันทา ครองยุทธ**

Wichitra Kusoom,* and Sununta Krongyuth**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

**Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตเป็นภาวะคุกคามชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในไอซียู ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิต ทำหัตถการต่าง ๆ และใช้ยาหลายชนิด จึงส่งผลกระทบต่อไม่เพียงประสงค์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาทิ ความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว นอนไม่หลับ พูดไม่ได้ เครียด วิตกกังวล สับสนเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตมากขึ้น นับเป็นสิ่งท้าทายบุคลากรทีมสุขภาพที่ต้องจัดการและป้องกัน จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการจัดการตามรูปแบบ “FAST HUGS BID” ได้แก่ 1) การให้อาหารและน้ำให้เพียงพอ 2) การจัดการความเจ็บปวด 3) การจัดการอาการง่วงซึม 4) การบริหารยาต้านการเกิดลิ่มเลือด 5) การจัดทำนอนยกหัวเตียงสูง เพื่อป้องกันการสูดสำลัก 6) การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร 7) การควบคุมระดับกลูโคสในเลือด 8) การให้ผู้ป่วยหายใจเอง 9) การดูแลระบบขับถ่าย อุจจาระ 10) การถอดสายยาง และ 11) การให้ยาปฏิชีวนะเท่าที่จำเป็น พยาบาลต้องประเมินภาวะเครียด วิตกกังวล สับสนเฉียบพลันเป็นประจำทุกวัน จัดสภาพแวดล้อมให้ ลดการใช้เสียง และลดแสงสว่างที่มากเกินไป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นความคิด สติปัญญา การรับรู้เวลา สถานที่อย่างสม่ำเสมอ การจัดการดังกล่าวจึงมีความสำคัญ สามารถลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย พื้นสภาพได้เร็วขึ้น ลดอัตราตาย ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: ผลกระทบทางจิตใจ, ผู้ป่วยวิกฤต, กลยุทธ์ในการจัดการ

Abstract

Critical illness is life threatening and also one of the causes for patients to be admitted into the intensive care unit (ICU) where they need advanced medical technology, various medications to sustain and support their lives. These medical procedures eventually are associated with physical, psychological impacts on patients and their families. A number of negative impacts on the patients are excruciating pain, immobility, sleep disorder, stress, anxiety, and ICU delirium. With regard to the health of the patients in the ICU, and quality critical care has therefore been delivered through the efficient management of the critical care provider. The management strategies involve managing care with multi-discipline team, and using protocols “FAST HUGS BID” care model which include: 1) F: feeding; sufficient nutrients and fluid 2) A: Analgesia; pain management, 3) S: Sedation, 4) T: Thromboprophylaxis 5) H: Head-up, 6) U: Ulcer prophylaxis 7) G: Glycemic control, 8) S: Spontaneous breathing trial, 9) B: Bowel movement, 10) I: Indwelling catheter, and 11) D: Drug De-escalation. In addition, nurses should provide suitable environment, controlling noise, light, and providing information to families. Nurses should also work with the patients, trying to encourage their cognition, thinking, memory and orientation. Using implementation strategies can improve not only physical but also psychological health of patients. Therefore, these can reduce mortality rate, short ICU stay, and less cost of care.

Keywords: Psychological Impacts, ICU, Critically Ill Patient, Management Strategies

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit [ICU]) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบำบัดรักษา การใช้ยานอนหลับและยาแก้ปวด จึงพบว่า การเจ็บป่วยทางกาย สภาพแวดล้อมในห้องไอซียูและการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล และภาวะสับสนเฉียบพลันตามมาโดยเฉพาะในรายที่ได้รับบาดเจ็บ มีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า Wiseman, Curtis, Lam และ Foster (2015) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยในหน่วยหัวใจและหลอดเลือด มีความเครียดในระดับสูง ผู้ป่วยรอการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery bypass graft [CABG]) มีความวิตกกังวล ร้อยละ 28 และซึมเศร้า ร้อยละ 47 ความเครียดส่งผลต่อ

การทำงานของระบบหัวใจ น้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนั้นครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู มีความวิตกกังวล ร้อยละ 70 และซึมเศร้า ร้อยละ 35 ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตพบว่าครอบครัวมีปัญหาด้านจิตเวชสูงถึง ร้อยละ 40 (Schmidt & Azoulay, 2012) และญาติผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของผู้ป่วยที่อยู่ในไอซียู (Bolos, 2018) โดยพบ ร้อยละ 38 ในผู้ป่วยอยู่ในไอซียู 1 วัน และ ร้อยละ 85 ในผู้ป่วยอยู่ในไอซียู 7 วัน Vlasek และคณะ (2020) พบว่า ร้อยละ 75 ญาติผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลในการรักษาพยาบาล บทความนี้ได้นำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้จะวิจัยที่กระทบต่อร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหา

ปัจจัยที่กระทบต่อร่างกาย

ปัจจัยที่กระทบต่อร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย ผลกระทบจากภาวะของโรค สิ่งแวดล้อม และกระบวนการบำบัดรักษา

ผลกระทบจากภาวะของโรค สิ่งแวดล้อม และกระบวนการบำบัดรักษาภาวะของโรค ที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาการไหลเวียนโลหิต ภาวะช็อก ความเจ็บปวด หายใจหอบเหนื่อย มีไข้ ร่างกายอ่อนเพลีย การเต้นของหัวใจผิดปกติ หอบไม่หลับ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) และมีภาวะภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการศึกษ พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 49 ทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 35.6 โดยพบการติดเชื้อ 162.9 ครั้งต่อการนอนโรงพยาบาล 1,000 วัน ที่พบมากที่สุด คือจากการใส่ท่อหายใจ 5.78 เท่า (Odd Ratio [OR] = 5.38, $p < .05$) รองลงมาคือใส่สายสวนปัสสาวะ 5.38 เท่า (OR = 3.15, $p < .05$) (Iwuafor et al., 2016) นอกจากนี้ยังมีการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การสอดใส่สายยาง ท่อหายใจ การดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่านอนทำให้เจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการเคลื่อนไหวมากเกินไป การพูดและสื่อสารไม่ได้ ไม่สุขสบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การล้มลุก ยากลำบากในการกลืน (Topcu, Alpar, Gulseven, & Kebapsci, 2017)

สภาพแวดล้อมในห้องไอซียู ที่มีอุปกรณ์การแพทย์จำนวนมาก มีเสียงดัง และแสงสว่างมากเกินไป โดยเฉพาะเสียงดังจากการทำงานของอุปกรณ์การรักษาที่เป็นสาเหตุรบกวนการนอนหลับมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยตื่นทุกชั่วโมง (Delaney, Haren, & Lopez, 2015) จึงเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก โดยพบว่า มีระดับเสียงสูงกว่า 50 เดซิเบล (Bizek & Fontaine, 2013) และในไอซียู มีแสงสว่างมากทั้งกลางวันและกลางคืน ก่อให้เกิดความเครียดและนอนไม่หลับ ซึ่งปกติผู้ป่วยต้องนอนหลับอย่างเพียงพอโดยประมาณ 7-9 ชั่วโมง (Delaney et al., 2015) นอกจากนี้ยังกระตุ้นความเครียด กลัว วิตกกังวล จากการศึกษ พบว่าการมี

แสงสว่างมากทั้งกลางวันและกลางคืนมีผลต่อการนอนหลับ ขัดขวางจังหวะชีวภาพ และฝันร้าย เสียงจากการพูดของบุคลากร และเสียงจากสัญญาณเตือนของอุปกรณ์ เป็นสาเหตุรบกวนการนอนหลับมากที่สุด เสียงในห้องไอซียูที่มีระดับสูงกว่า 80 เดซิเบล เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้นอนไม่หลับ ระดับเสียงในการนอนหลับที่ดีควรมีต่ำกว่า 35 เดซิเบล องค์การอนามัยโลก (WHO) เสนอแนะว่าในโรงพยาบาลควรมีระดับเสียงไม่เกิน 35 เดซิเบล (Bizek & Fontaine, 2013)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวลและภาวะสับสนเฉียบพลัน

ความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่ไม่สมดุลระหว่างสภาพแวดล้อมและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลเป็นสิ่งที่กระตุ้นความเครียด ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัว จึงเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และต่อชีวิตได้ ความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (cited in Taylor, Lynn, & Barlett, 2019) มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อม 2) จิตใจ และ 3) ร่างกาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น จะมีปฏิกิริยาตอบโต้ เป็นปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา และจิตวิทยา เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุล โดยระบบต่อมไร้ท่อที่หลั่งฮอร์โมน และระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ได้แก่ การปรับตัวเฉพาะที่ และการปรับตัวทั่วไป (Taylor et al., 2018) ผู้ป่วยในไอซียูหัวใจและหลอดเลือด (Coronary intensive care unit) มีความเครียดจากความเจ็บปวดมากที่สุด และเครียดมากกว่าผู้ป่วยในไอซียูศัลยกรรมทั่วไป (Dias, Resende, & Diniz, 2015)

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก ตึงเครียด หวาดหวั่น ทุกข์ใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทาง ร่างกาย และจิตใจ เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญปัญหา ในสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้มีความคิด ผลักดันให้คน แก้ปัญหา ระดับของความวิตกกังวล (Halter & Vacarolis อ้างถึงใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) ประกอบด้วย 4 ระดับ คือ 1) ระดับเล็กน้อย ในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นจากการรับรู้ ตื่นตระหนก หวาดหวั่น นอนไม่หลับ 2) ระดับปานกลาง จะสูญเสียความมั่นใจ พบในผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถูกแยกออกจากครอบครัว อยู่ในห้องไอซียู รอคอยผ่าตัด 3) ระดับรุนแรง จะมีความหวาดหวั่น คาดคะเนล่วงหน้า ว่าจะเกิดอันตราย 4) ระยะเวลาที่รุนแรงที่สุด (Panic) เป็นระยะ ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประสาทหลอน ซึ่งจะส่งผล ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในไอซียู Topcu และคณะ (2017) ระบุว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ก้าวร้าว มีความ ไม่แน่นอนในการรักษา ลึกลับ ซึมเศร้า เป็นความวิตก กังวลที่รุนแรงที่สุด

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (ICU delirium) เป็นภาวะ ที่สมองบกพร่องอย่างกะทันหัน มีอาการสับสน ภาวะวุ่นวาย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า เสี่ยงต่อ การเสียชีวิตร้อยละ 10 (Ely, 2012) เนื่องจากความเครียด จากสิ่งกระตุ้นทั้งทางร่างกาย สิ่งแวดล้อม และผลข้างเคียง ของการรักษา จึงส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 31.4 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับไอซียูในแต่ละแห่ง (Jayaswal et al., 2019) ภาวะนี้มักพบในผู้ที่นอนรักษาในไอซียูเป็น เวลานานเกิน 21 วัน เนื่องจากผู้สูงอายุ ถูกจำกัดการ เคลื่อนไหว ได้รับยานอนหลับมากเกินไป โดยเฉพาะได้รับ

ยากกลุ่ม Benzodiazepines การใช้เครื่องช่วยหายใจ พบมาก ถึงร้อยละ 85 (Boodman, 2015) ภาวะสับสนเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดอะอะ ภาวะวุ่นวาย นอนไม่หลับ (Hyperactive delirium) 2) วุ่นซึ่ม สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกตัวลดลง (Hypoactive delirium) และ 3) แบบผสมผสาน (Mix delirium) ส่วนมาก เป็นชนิดวุ่นซึ่มพบมากที่สุด หากการประเมินภาวะสับสน เฉียบพลันคลาดเคลื่อนจะส่งผลกระทบต่ออัตราตายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการรักษาในไอซียูนานขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับการเสียชีวิตมากขึ้น (Stien-Parbury, 2014) บุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลในหน่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้อง ทำงานเป็นทีมในการประเมินตรวจเยี่ยมให้การบำบัด รักษา อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้กลยุทธ์ในการจัดการ ตาม “FAST HUGS BID”

กลยุทธ์ในการจัดการปัญหา

“FAST HUGS BID” เป็นแนวทางที่ใช้ในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ ให้เป็นการทำงานของทีมสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โภชนากร นักกายภาพบำบัด เกษัตริกร ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ นักสังคมสงเคราะห์ ใน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประเมินปัญหา ป้องกันความผิดพลาด ในการบริหารยา ส่งเสริมความปลอดภัย ซึ่งให้ผลลัพธ์ ที่ดีในการรักษา เพื่อให้จำง่าย จึงใช้อักษรย่อ “FAST HUGS BID” (Vincent & Hatton, 2009; วิจิตรา กุสุมภ์, 2560) ดังมีคำอธิบายและแนวทางการนำไปใช้ดังนี้

องค์ประกอบ	แนวทางการนำไปใช้
1. F: Feeding การจัดการด้านอาหาร และน้ำ	ประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร โดยพิจารณาการให้อาหารทางสายยาง หรือ oral tube feeding (enteral) ถ้าหากไม่สามารถให้ได้ ต้องพิจารณาให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไป ช่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น
2. A: Analgesia การจัดการความเจ็บปวด	ผู้ป่วยต้องไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดโดยการประเมินความเจ็บปวดทั้งทางวาจา พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ควบคุมการควบคุมปวดอย่างเพียงพอ และเหมาะสม เช่น opioid, NSAID Acetaminophen แต่ต้องระมัดระวัง และต้องหลีกเลี่ยงการได้รับยาแก้ปวดมากเกินไป ส่วนมากจะให้ทาง IV bolus, IV drip, Patient Control Analgesia (PCA) และเฝ้ารอผลข้างเคียงของยา เช่น การหายใจถูกกด ท้องผูก hypotension และประสาทหลอน
3. S: Sedation การจัดการอาการง่วงซึม หรือผลจากยานอนหลับ	ผู้ป่วยในไอซียูส่วนมากใช้เครื่องช่วยหายใจ จะได้รับยานอนหลับ เนื่องจากไม่รู้สึกสบาย นอนไม่หลับ และหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แต่ต้องระมัดระวังผลลัพท์ของยา เช่น ยากลุ่ม Midazolam และ Propofol นิยมใช้มาก แต่มีผลข้างเคียงเช่น หัวใจวาย ไตวาย ควรหลีกเลี่ยงการได้รับนอนหลับ ที่ทำให้ง่วงซึมมากเกินไป หรือไม่ควรให้เพียงแต่ให้เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ และหลับเท่านั้น ควรใช้ในระยะสั้นๆ จะทำให้ผู้ป่วยออกจาก ไอซียู ได้เร็วขึ้น
4. T: Thromboprophylaxis การบริหารยาต้าน การเกิดลิ่มเลือด	ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันโดยเฉพาะในรายที่มีกรบาดเจ็บ มีอัตราเสี่ยงสูง ยาที่นิยมใช้ เช่น low-molecular-weight heparin และ Enoxaparin อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีผลเสียต่อไต และทำให้เกิด thrombocytopenia หรือ platelets ต่ำ
5. H: Head-up การยกหัวเตียงสูง	จัดท่านอนให้ผู้ป่วยศีรษะสูงอย่างเพียงพอ 30-45 องศา โดยไม่ขัดกับภาวะของโรค เช่น รายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บสมอง เพื่อการกำซาบเลือดและออกซิเจนในสมอง (Cerebral tissue perfusion pressure) และช่วยลดการขย้อน (Gastroesophageal reflux) ป้องกันการสำลัก และลดการติดเชื้อในปอด (nosocomial pneumonia) จึงช่วยให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว

องค์ประกอบ	แนวทางการนำไปใช้
6. U: Ulcer prophylaxis; Stress ulcer prevention การป้องกันการเกิดแผล ในกระเพาะอาหาร	การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากความเครียด และมีเลือดออก ในระบบทางเดินอาหาร แพทย์จำเป็นต้องให้ยาเพื่อป้องกันโดยเฉพาะในราย ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความปกติในการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ที่มีประวัติ เป็นโรคกระเพาะอาหาร การบาดเจ็บหลายระบบโดยให้ยา กลุ่ม H ₂ antagonist เช่น Ranitidine หรือกลุ่ม Proton pump inhibition เช่น Pantoprazole และ Lansoprazole
7. G: Glycemic control การควบคุมระดับกลูโคสในเลือด	ผู้ป่วยวิกฤตส่วนมากจะมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) เนื่องจาก ความเครียดจากอาการป่วย และมีการหลั่ง corticosteroid เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อ การติดเชื้อ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมให้อยู่ในระดับ 80-108 มก./เดซิลิตร ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต
8. S: Spontaneous breathing trial การให้ผู้ป่วยหายใจเอง	จัดการและส่งเสริมให้หายใจเอง ดูแลให้ยาเครื่องช่วยหายใจให้เร็ว ช่วยลด อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
9. B: Bowel movement การดูแลระบบขับถ่ายอุจจาระ	การจัดการระบบขับถ่ายอุจจาระ เช่นให้อาหารที่ช่วยการขับถ่าย และยาช่วย ระบาย เนื่องจากผลจากการใช้ยา กลุ่ม opioid และการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้การทำงานของลำไส้ลดลงและท้องผูก
10. I: Indwelling catheter การถอดสายยาง	การถอดสายยางต่าง ๆ ให้เร็วที่สุด เท่าที่จะทำได้ เช่น เฝ้ารอการไหลเวียน โลหิต (Hemodynamic monitoring) ให้สารน้ำ ท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง ท่อระบาย ทรวงอก สายสวนปัสสาวะ จะช่วยลดการติดเชื้อทั้งเฉพาะที่ และติดเชื้อทั้ง ระบบร่างกาย
11. D: Drug De-escalation การให้ยาปฏิชีวนะที่จำเป็น	ให้ยาปฏิชีวนะเท่าที่จำเป็น หรือให้น้อยที่สุด เพราะการให้ยาปฏิชีวนะหลาย ชนิด หรือให้ในระยะยาวจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะไตวาย ตับเสียหายที่ และ อันตรายต่ออวัยวะอื่น ๆ

แนวทางทั้ง 11 ข้อ นี้ควรมานำมาปฏิบัติอย่างน้อยวันละครั้ง ในการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งนำไปปฏิบัติได้ดังนี้ (Vincent & Hatton, 2009; Nair, Naik, & Rayani, 2017; วิจิตรา กุสุมภ์, 2560)

1. ใช้เครื่องช่วยหายใจให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น โดยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด ใช้อุปกรณ์ที่เสียงอันตรายน้อยลง เช่น เครื่องมอนิเตอร์วัดการไหลเวียนและแรงดันโลหิต ลดการสอดใส่สายยางเข้าหลอดเลือดแดงในปอด โดยเปลี่ยนมาเป็นการดูแลโดยยึดหลักความเป็นมนุษย์มากขึ้น

2. ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วขึ้น เพื่อกระตุ้นการไหลเวียน ป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อ และป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

3. ส่งเสริมภาวะโภชนาการ และสารน้ำอย่างเพียงพอ ให้เร็วขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยวิกฤตภาวะสูญเสียพลังงานมากจากการเผาผลาญเพิ่มขึ้นจากภาวะติดเชื้อ มีไข้ บาดเจ็บ ปวด หายใจหอบเหนื่อย และเครียด ฯลฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดการติดเชื้อ และลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ

4. ลดความเข้มงวดการเข้าเยี่ยมของญาติและสมาชิกในครอบครัว โดยให้การต้อนรับให้ความเป็นกันเองกับญาติ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับให้ครอบครัวเยี่ยมผู้ป่วย ภาวะวิกฤต ของ Ciufu, Hader, และ Holly (2011) พบว่า ครอบครัวต้องการเกี่ยวกับ อยากทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมากขึ้นจากพยาบาล ต้องการสนับสนุนในการตัดสินใจของญาติ ต้องการความเป็นส่วนตัว รักษาความลับของผู้ป่วยและญาติ ความยืดหยุ่นในการเยี่ยม สำหรับพยาบาล เชื่อว่าความยืดหยุ่นเกี่ยวกับเวลาในการเยี่ยมมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่ต้องการคณนโยบายของกฎระเบียบไว้ อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนนโยบายเกี่ยวกับลดความเข้มงวดในการเยี่ยมของญาติเป็นผลดีมากกว่าการ

จำกัดการเยี่ยม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดความเครียด วิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ (Bizek & Fontaine, 2013) ให้มีการสื่อสารและให้ข้อมูลสุขภาพให้มากขึ้น โดยให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย และหรือญาติอย่างน้อยวันละ 30 นาที (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560)

5. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงสว่างพอเหมาะ ให้ได้รับแสงสว่างจากธรรมชาติหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รบกวนการนอนของผู้ป่วย กระตุ้นการรับรู้ เช่น วัน เวลา สถานที่ (สุนันทา ครอบงูญ, 2558)

6. การบำบัดทางเลือกแบบผสมผสาน (Complementary therapy) อาทิ ดนตรีบำบัด การผ่อนคลาย ผักหายใจแบบใช้กะบังลม การสัมผัส การนวด การกดจุด การใช้เครื่องหอมระเหย (aroma therapy) ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ การเต้นของหัวใจเป็นปกติ ส่งผลต่อความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ (Erdogan & Atik, 2017) การทำสมาธิ การสวดมนต์จะส่งเสริมการนอนหลับ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของเยาวรัตน์ มัชฌิม วราภรณ์ คงสุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต (2559) พบว่าการสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลต่อดีการนอนหลับ ทำให้จิตใจสงบเป็นสมาธิ ทำให้คิดดี คิดทางบวก ชีวิตมีพลังไม่ท้อแท้ และช่วยเสริมผลการรักษาและลดอาการข้างเคียงของยา Jantapo และ Kusoom (2020) ศึกษาพบว่าความคิดในเชิงบวก การทำสมาธิร่วมกับการฝึกหายใจ (Deep breathing meditation) และได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ทำให้มีความผาสุกด้านจิตใจในผู้สูงอายุ จึงควรมานำไปผสมผสานในการพยาบาล ไม่เพียงแต่สำหรับผู้ป่วยในไอซียู และควรมานำไปใช้ให้กับผู้ป่วยทุกสถานที่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อด้านจิตใจของทั้งผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว (Jantapo & Kusoom, 2020)

สรุป

ผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูเป็นภาวะคุกคามชีวิต เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ

อาทิ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะสับสน
เฉียบพลัน การจัดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้รับบริการเป็น
ศูนย์กลาง และใช้แนวทางดูแลรักษา ตาม FAST HUGS
BID ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องทำงานเป็นทีม จึง

เป็นการให้พัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ จะช่วย
ให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตฟื้นสภาพ และมีความผาสุกทั้งทาง
ร่างกาย และจิตใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เยาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2559). ประสบการณ์การสวมหมวกของผู้ป่วยมะเร็ง:
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 23-32.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). บทที่ 3 ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บก.). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 6, น. 1-9). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- สุนันทา ครองยุทธ. (2558). การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอซียู. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา*, 23(4), 89-99.
- Bizek, K. S., & Fontaine, D. K. (2013). The patients experience with critical illness. In P. G. Morton & D. K. Fontaine
(Eds). *Critical care nursing: A holistic approach* (10th ed., pp.15-50). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Bolosi, M. (2018). Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived
need for support. *Journal of Neuroscience Rural Practice*, 9(4), 552-558.
- Boodman, S. G. (2015, June 7). The overlooked danger of delirium in hospitals. *The Atlantic*, Retrieved November 1,
2019, from <http://www.theatlantic.com>
- Ciufo, D., Hader, R., & Holly, C. (2011). A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care
units within the context of patient and family centered care. *International Journal of Evidence Based
Health Care*, 9(4), 362-387. doi: 10.1111/j.1744-71609.2011.00229.x
- Delaney, L. J., Haren, F. V., & Lopez, V. (2015). Sleeping on a problem: The impact of sleep disturbance on intensive
care patients - a clinical review. *Annals of Intensive Care*, 5(3), 1-10.. doi: 10.1186/s13613-015-0043-2
- Dias, D. S., Resende, M.V., & Diniz, G. C. (2015). Patient stress in intensive care: Comparison between a coronary
care unit and a general postoperative unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18-25.
- Erdogan, Z, & Atik, D. (2017). Complementary health approaches used in the intensive care unit. *Holistic Nursing
Practice*, 31(5), 325-342.
- Iwuafor, A. A., Ogunsola, F. T., Oladele, R. O., Oduyebo, O. O., Desalu, I., Ekwuatu, C. C., . . . Ogban, G. I. (2016).
Incidence, clinical outcome and risk factors of intensive care unit infections in the Lagos University teaching
hospital (LUTH), Lagos, Nigeria. *PLOS ONE*, 11(10), e0165242.
- Jayaswal, A. K., Sampath, H., Soohinda, G., & Dutta, S. (2019). Delirium in medical intensive care units: Incidence,
subtypes, risk factors, and outcome. *Indian Journal Psychiatry*, 61(4), 352-358.

- Jantapo, A., & Kusoom, W. (2020). Lifestyle and cultural factors related to longevity among older adults in the Northeast of Thailand. *Journal of Transcultural Nursing, 26*(2), 1-8. doi: 10.1177/1043659620921225
- Nair, A. S., Naik, V. M., & Rayani, B. K. (2017). FAST HUGS BID: Modified mnemonic for surgical patient. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 21*(10), 713-714. doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_289_17
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care, 18* (5), 540-547. doi: 10.1097/MCC.0b013e328357f141
- Stien-Parbury, J. (2014). Neurocognitive disorders. In M. J. Halter (Ed.). *Foundation of psychiatric mental health nursing* (pp. 432-478). St Louis: Elsevier.
- Taylor, C. R., Lynn, P. B., & Barlett, J. L. (2019). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Topu, S., Alpar, E., Gulseven, B., & Kebapci, A. (2017). Patient experiences in intensive care units: A systematic review. *The Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 27*(1), 18-25.
- Vincent, W. R., & Hatton, K. W. (2009). Critically ill patients need “FAST HUGS BID” (an updated mnemonic). *Critical Care Medicine, 37*(7), 2326-2327. doi: 10.1097/ccm.0b013e3181aabc29
- Vlake, J. H., van Genderen, M. E., Schut, A., Verkade, M., Wils, E. J., Gommers, D., & van Bommel, J. (2020). Patients suffering from psychological impairments following critical illness are in need of information. *Journal of Intensive Care, 8*(6), 1-10. doi: 10.1186/s40560-019-0422-0
- Wiseman, T. A., Curtis, K., Lam, M., & Foster, K. (2015). Incidences of depression, anxiety and stress following traumatic injury: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 23*, 29. doi: 10.1186/s13049-015-0109-z