

Nursing Roles in the Care of Critically Ill Older Adults: A Holistic Approach to Enhance Quality of Life and Patient Safety in the Intensive Care Unit

Pattharaporn Takhumsom, M.N.S., R.N.*

Department of Nursing, Faculty of Medical Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(2):149-158.

ABSTRACT

The rising number of older adults has a profound impact on healthcare systems, particularly in the intensive care unit (ICU). Older adults are especially vulnerable due to age-related physiological changes, which reduce their ability to respond effectively to treatment and increase the risk of serious complications. They are also prone to geriatric syndromes and post-intensive care syndrome (PICS), which affect physical, psychological, and social well-being, leading to delayed recovery and diminished long-term quality of life. The care of older adults in the ICU is further challenged by limited resources, treatment complexity, and inadequate multi-disciplinary, resulting in care that often prioritizes physical aspects while neglecting psychosocial and spiritual needs. Nurses play a critical role in delivering holistic care to critically ill older adults, addressing physical, psychological, social, and spiritual dimensions. Their responsibilities include assessing physiological changes, monitoring for complications, developing individualized care plans, facilitating communication and shared decision-making with families, coordinating with interdisciplinary teams, and planning discharge and continuity of care. These roles are essential for enhancing safety and improving the quality of life of older adults in the ICU.

Keywords: Older adults; critical illness; holistic nursing; nursing role

*Correspondence to: Pattharaporn Takhumsom

Email: pattharata.tak@mahidol.ac.th

Received: 1 September 2025

Revised: 5 November 2025

Accepted: 24 March 2026

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i2.277420>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต: การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัย

ภัทราภรณ์ ทาคำสม*

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปราะบางสูงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัย ซึ่งทำให้ตอบสนองต่อการรักษามีข้อจำกัดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอกจากนี้ยังเผชิญกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) รวมถึงกลุ่มอาการหลังออกจาก ICU (Post-Intensive Care Syndrome: PICS) ที่กระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จนนำไปสู่การฟื้นตัวที่ล่าช้าและคุณภาพชีวิตที่ลดลงในระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุใน ICU มักเผชิญความท้าทายจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความซับซ้อนของการรักษา และการประสานงานสหสาขาวิชาชีพที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ทำให้การดูแลมักมุ่งเน้นเฉพาะด้านกายภาพมากกว่ามิติอื่น พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้น (1) บทบาทการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (2) บทบาทเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (3) บทบาทการวางแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล (4) การสื่อสารและสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว (5) การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ และ (6) การวางแผนจำหน่ายต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะวิกฤต; การพยาบาลแบบองค์รวม; บทบาทพยาบาล

บทนำ

ประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นสองพันล้านคน หรือประมาณร้อยละ 22 ของประชากรทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด² และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2576³ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit; ICU) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและซับซ้อน โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดใน ICU ทั้งนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30–50 ขึ้นอยู่กับโรคและความรุนแรงของภาวะวิกฤต⁴

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้ใหญ่ทั่วไป ความเสื่อมถอยของระบบสรีรวิทยา เช่น สมรรถภาพ

หัวใจและปอดที่ลดลง การทำงานของไตที่ถดถอย การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และระบบภูมิคุ้มกันที่ด้อยประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบาง (frailty) และตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยรุนแรงได้ไม่ดีเท่าที่ควร^{5,6} นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมหลายชนิด (multimorbidity) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจล้มเหลว และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการวินิจฉัยและการรักษา ความท้าทายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) อันได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium), ภาวะทุพโภชนาการ และการสูญเสียกล้ามเนื้อ (malnutrition and sarcopenia) การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) และการสูญเสียสมรรถนะการปฏิบัติงานประจำวัน (functional decline) กลุ่มอาการเหล่านี้ไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนแต่ยังสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างชัดเจน^{5,7}

ใน ICU ปัญหาดังกล่าวทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนหลอดเลือด และการใช้ยาระงับประสาท

ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit- acquired weakness: ICU-AW) การติดเชื้อแทรกซ้อน และกลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต (Post-Intensive Care Syndrome: PICS) ซึ่งส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย การทำงานด้านการรู้คิด และสุขภาพจิตในระยะยาว⁵ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจาก ICU มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนเข้ารับรักษาอย่างมาก และจำนวนไม่น้อยไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตอิสระได้เช่นเดิม⁶ การดูแลผู้สูงอายุใน ICU ไม่เพียงจำกัดอยู่ที่การพยุงชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์หรือหัตถการ แต่ยังครอบคลุมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนครอบครัว และการส่งเสริมคุณค่าความเป็นมนุษย์ในช่วงวิกฤต

การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครบทุกมิติ โดยเชื่อมโยงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน⁷ แนวทางนี้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุใน ICU เพราะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัย และเสริมสร้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย^{10,11} หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการบูรณาการแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาการรักษา ลดโอกาสกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญ^{12,13}

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตโดยเน้นบทบาทสำคัญ 6 ประการ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยใน ICU อย่างยั่งยืน พยาบาล ICU จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบทความเสี่ยงของผู้สูงอายุในภาวะวิกฤต ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กลุ่มอาการผู้สูงอายุ กลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต และปัญหาอุปสรรคในการดูแล เพื่อนำไปสู่การจัดการการพยาบาลแบบองค์รวม

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ (physiological changes in aging)

กระบวนการสูงอายุ (aging process) มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ภาวะวิกฤต การเสื่อมสภาพมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปแต่เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถในการฟื้นตัวและการตอบสนองต่อการรักษา โดยเฉพาะใน ICU ที่มีการรักษาซับซ้อน การเสื่อมถอยของระบบอวัยวะสำคัญจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีความยุ่งยากและท้าทายมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุภาวะวิกฤตจำแนกตามระบบ ดังนี้

1.1 ระบบประสาท (neurological system)

การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทของผู้สูงอายุมุ่งถึงการสูญเสียปริมาณเนื้อสมองส่วนสีเทาและสีขาว การไหลเวียนเลือดในสมองลดลง (cerebral blood flow) การเคลื่อนที่ผ่านของสารต่างๆ ผ่านเยื่อกั้นเลือดและสมอง (blood-brain barrier permeability) ที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับความเสี่ยงของเซลล์บุผิวหลอดเลือด (endothelium dysfunction) ซึ่งทั้งหมดนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางสติปัญญา เช่น delirium และภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว (long-term cognitive impairment) ซึ่งเป็นปัญหาพบบ่อยใน ICU และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น^{5,6}

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system)

หลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นลดลง (arterial stiffness) ส่งผลต่อภาระ หรือ Load ที่หัวใจห้องล่างต้องสู้ขณะหัวใจหดตัว (afterload) เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจก็มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ เช่น การหนาตัวของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ (hypertrophy) และการลดลงของประสิทธิภาพการหดตัว ส่งผลให้ปริมาตรของเลือดที่หัวใจบีบตัวในแต่ละครั้ง (stroke volume) และปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที (cardiac output) ลดลง นอกจากนี้การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติมีแนวโน้มลดลง ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจได้อย่างเหมาะสมในภาวะความเครียด อีกทั้งยังตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียน (intravascular volume status) ได้ไม่ดี ความเสื่อมของกลไกเหล่านี้นำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (myocardial infarction) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure)⁵

1.3 ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system)

การเสื่อมของระบบหายใจในผู้สูงอายุเนื่องจากโครงสร้างของปอดและทรวงอกเปลี่ยนไปตามอายุ การสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (lung compliance) การลดลงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ภาวะหลังค่อม (kyphosis) และการลดลงของการขับเสมหะและสิ่งแปลกปลอมออกโดยเยื่อบุทางเดินหายใจ (mucociliary clearance) และจำนวนถุงลมปอดลดลงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะปอดติดเชื้อ (pneumonia) ภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (aspiration pneumonia) และภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ได้มากขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) หลังจากการนอนนาน ๆ ใน ICU นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

(ventilator-associated pneumonia: VAP) เมื่อได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ^{5,6}

1.4 ระบบไต (renal system)

เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานของอัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลง (glomerular filtration rate: GFR) มีการลดลงของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไต ส่งผลให้การขับยาออกจากร่างกายลดลง (clearance) ทำให้เกิดการสะสมของยา เช่น aminoglycosides, vancomycin หรือ sedatives ได้ง่าย รวมถึงความสามารถในการขับโซเดียมและน้ำเสียสมดุล ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไวต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) ได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตที่มีภาวะ Hypotension หรือ Hypovolemia^{5,6}

1.5 ระบบภูมิคุ้มกัน (immune system)

ผู้สูงอายุมีระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงตามอายุที่มากขึ้น มีความสามารถในการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันลดลง (immunosenescence) ทำให้มีการสร้างสารก่อการอักเสบ (proinflammatory cytokines) เพิ่มขึ้น และลดการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและอาการรุนแรง อาการติดเชื้อในผู้สูงอายุอาจไม่ตรงไปตรงมาทำให้การวินิจฉัยล่าช้าได้ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูบาดแผลและการฟื้นจากการติดเชื้อช้าลง นอกจากนี้ความเปลี่ยนแปลงของ Microbiota ในทางเดินอาหารยังสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงการติดเชื้อและการตอบสนองที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน^{5,6}

1.6 ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหามวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) อยู่ตั้งแต่ก่อนมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกแย่ลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจากการระบอบการอักเสบอย่างรุนแรง การจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ และความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและการไหลเวียนเลือดในระดับเนื้อเยื่อ (microcirculatory dysfunction) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากสารก่อการอักเสบ และความผิดปกติของการควบคุมไอออนในเซลล์กล้ามเนื้อ ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดภาวะสลายกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วในระหว่างการรักษา ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลนาน ๆ จะเริ่มสูญเสียมวลกล้ามเนื้อมวลกระดูก และอาจมีปัญหาข้อติดได้ เนื่องจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูกส่งผลให้แรงพยุงข้อและความยืดหยุ่นของเส้นเอ็นลดลง เกิดการหดตัวของเนื้อเยื่อรอบข้อและการไหลเวียนเลือดบริเวณข้อบกพร่อง นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวและภาวะข้อติดแข็ง (joint stiffness) ส่งผลให้เมื่อกลับบ้านไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามเดิม เกิดภาวะถดถอยทางร่างกาย (deconditioning) ขึ้น^{5,6}

2. กลุ่มอาการผู้สูงอายุและโรคร่วม (geriatric syndromes and comorbidities)

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน ICU มักเผชิญกับภาวะทางคลินิกที่ซับซ้อนจากการเสื่อมถอยของระบบร่างกายตามอายุ ไม่ได้เกิดจากโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นกลุ่มอาการที่เรียกรวมว่า “กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes)” ซึ่งรวมถึงแผลกดทับ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม การเสื่อมสมรรถภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน และ delirium⁵ เป็นต้น ภาวะเหล่านี้จะสามารถพบได้ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาใน ICU และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังรอดชีวิตจากภาวะวิกฤต โดยมีรายงานว่าผู้สูงอายุร้อยละ 90 ที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2.6 เท่าเมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับรักษา¹⁴ ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ระยะยาว ทั้งการลดลงของความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความต้องการการดูแลระยะยาว และคุณภาพชีวิตที่ด้อยลงหลังจากพ้นภาวะวิกฤต⁷ ดังนี้

2.1 ภาวะเปราะบาง (frailty)

เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันมักเกิดความเสื่อมถอยอย่างรวดเร็ว ภาวะ frailty ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ภาวะทุพพลภาพ และพิการถาวร การพึ่งพิงระยะยาว และคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{5,6}

2.2 ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)

เป็นภาวะความผิดปกติทางสติสัมปชัญญะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีลักษณะสำคัญคือความบกพร่องด้านการรับรู้ การมีสมาธิ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว โดยอาการมักผันแปรตลอดวัน การเกิด delirium ใน ICU โดยเฉพาะผู้สูงอายุพบได้ถึงร้อยละ 60-80 ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines หรือ Opioids ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะติดเชื้อ ภาวะ Metabolic imbalance และสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้เวลา เช่น การเปิดไฟทั้งคืน หรือขาดการโต้ตอบทางสังคม delirium มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือ cognitive impairment ในระยะยาว จึงถือเป็นภาวะสำคัญที่พยาบาลใน ICU ต้องเฝ้าระวังและป้องกันอย่างใกล้ชิด^{5,15}

2.3 การหกล้ม (falls)

ผู้สูงอายุใน ICU มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มเนื่องจากความอ่อนแรง การใช้ยา การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก เลือดออกในสมอง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁵

2.4 แผลกดทับ (pressure ulcers)

ผิวหนังที่เปราะบาง ระบบไหลเวียนโลหิตลดลง ภาวะทุพโภชนาการ การจำกัดการเคลื่อนไหว และการมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยอยู่ใน ICU มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ความเจ็บปวด และการเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น การป้องกันที่สำคัญคือการพลิกตะแคงตัวอย่างสม่ำเสมอ การใช้ที่นอนลดแรงกด และการประเมินผิวหนังทุกวัน^{5,6}

2.5 ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition)

ผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตมักมีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิมหรือเกิดภาวะทุพโภชนาการระหว่างการรักษานี้เนื่องจากความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้น โดยมีรายงานอัตราความชุกตั้งแต่ร้อยละ 20–60 ภาวะนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และภาวะกลืนลำบาก การดูดซึมผิดปกติ รวมถึงความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นจากโรคเฉียบพลัน การขาดสารอาหาร โดยเฉพาะโปรตีนและวิตามินดี ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ผลหายช้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจึงควรทำอย่างครอบคลุม โดยไม่พึ่งเพียงค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากภาวะบวมหรือการคั่งของสารน้ำ ควรใช้การประเมินหลายมิติร่วมกัน ทั้งข้อมูลทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในภาวะวิกฤต เช่น Modified Nutrition Risk in the Critically Ill (mNUTRIC) Score

2.6 ภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ (incontinence)

ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยวิกฤต โดยมีทั้งจากความเสื่อมของกล้ามเนื้อหูรูด การลดลงของสมรรถภาพระบบประสาท และการใช้สายสวนปัสสาวะใน ICU ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Catheter Associated Urinary Tract Infection: CAUTI) ภาวะนี้ยังสัมพันธ์กับการเกิด Functional decline เพราะผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขอนามัยและการเคลื่อนไหว⁵

2.7 การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy)

การใช้ยาหลายชนิด หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โดยทั่วไปหมายถึงการใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคใน ICU ปัญหา Polypharmacy ยิ่งทวีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ อาจส่งผลให้เกิดความซับซ้อนในการจัดการยา เช่น ปฏิกริยาระหว่างยา (drug–drug interactions) ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยา เช่น การเกิด delirium

nephrotoxicity หรือ hypotension และทำให้การบริหารยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีไตหรือตับเสื่อมถอยยากยิ่งขึ้น^{6,16}

2.8 ภาวะโรคร่วม (comorbidities)

นอกจากกลุ่มอาการสูงอายุแล้ว โรคร่วม (comorbidities) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาวะ Multimorbidity หรือการมีโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไป ซึ่งพบได้ในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 20–90 ในผู้สูงอายุ¹⁶ โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลว มะเร็ง และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะ Multimorbidity มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของผู้ป่วยใน ICU เพิ่มความซับซ้อนของแผนการรักษาและความเสี่ยงต่อ Multiple organ Dysfunction syndrome (MODS) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง^{5,6}

3. กลุ่มอาการหลังหลังภาวะวิกฤตและผลลัพธ์ระยะยาว (post-intensive care syndrome and long-term outcomes)

การรักษาผู้สูงอายุใน ICU มีความก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันกลับพบภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่เรียกว่า PICS ซึ่งหมายถึงการเกิดความบกพร่องใหม่หรือการเสื่อมถอยที่รุนแรงขึ้นในสามด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical) การรู้คิด (cognitive) และสุขภาพจิต (mental health) หลังออกจาก ICU^{8,17} ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อ PICS เนื่องจากมีภาวะเปราะบาง (frailty) และโรคร่วมหลายระบบ ซึ่งส่งผลให้การฟื้นตัวช้าลงและโอกาสกลับสู่การทำงานหรือคุณภาพชีวิตเดิมลดลงอย่างมาก¹⁸

3.1 ด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจาก ICU มักเผชิญกับภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงที่เกิดใน ICU (ICU-acquired weakness: ICU-AW) ซึ่งสัมพันธ์กับการนอนติดเตียง การใช้ยาระงับประสาทหรือยาลดกล้ามเนื้อ และการอักเสบเรื้อรัง¹⁹ ส่งผลให้สมรรถนะการเดินลดลง เกิดอาการเหนื่อยง่าย และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living; ADL) จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นระบบ¹⁷

3.2 ด้านการรู้คิด

พบได้ในผู้รอดชีวิตจาก ICU ถึงร้อยละ 60 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีความผิดปกติด้านความจำ สมาธิ และ Executive function หลังออกจาก ICU ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เกิด delirium ในระหว่างการรักษา ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ และ

ภาวะพร่องออกซิเจน ความบกพร่องเหล่านี้อาจดำรงอยู่ได้นานหลายเดือนถึงหลายปี และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว^{8,18}

3.3 ด้านสุขภาพจิต

อาการทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีประสบการณ์การรักษาแบบบูรณาการ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ งานวิจัยรายงานอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิตใจในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 20–40 ภายใน 12 เดือนหลังจำหน่าย⁹ ความผิดปกติเหล่านี้ไม่เพียงกระทบต่อผู้ป่วยแต่ยังมีผลต่อผู้ดูแล (Post-Intensive Care Syndrome-Family: PICS-F) ซึ่งอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล และภาวะทางจิตใจตามมา

3.4 ผลลัพธ์ระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต

กลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤตในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง การพึ่งพิงผู้อื่นเพิ่มขึ้น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในระยะ 6–12 เดือน⁴ นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นและต้องเผชิญกับความเครียดทางเศรษฐกิจและสังคม การจัดการ PICS จึงไม่ใช่เพียงการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แต่ยังต้องครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านจิตใจ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน PICS ตั้งแต่ระยะ ICU เช่น การใช้ ABCDEF Bundle (Assess, prevent and manage pain, Both spontaneous awakening trial and spontaneous breathing trial, Coordination, choice of analgesic & sedative, Daily delirium monitoring, Early mobility & Exercise, Family engagement and empowerment) รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ PICS การติดตามผลหลังจำหน่าย (post-ICU clinic) และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง²⁰

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุใน ICU

การดูแลผู้สูงอายุใน ICU มีความซับซ้อนกว่าผู้ใหญ่ทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การทำงานของอวัยวะที่เสื่อมถอย และมักมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลให้การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยรุนแรงมีข้อจำกัดและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าวัยอื่น⁶ อย่างไรก็ตาม แม้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่การพยาบาลยังคงต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ

1. การประเมินที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เครื่องมือทางคลินิกที่ใช้แพร่หลาย เช่น APACHE II หรือ SOFA

score สามารถคาดการณ์ความรุนแรงของโรคได้ แต่กลับไม่สะท้อนลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เช่น frailty หรือสมรรถนะในการดำเนินชีวิตประจำวัน (functional status) การละเลยปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้การวางแผนการรักษาและพยาบาลไม่สอดคล้องกับศักยภาพที่แท้จริง⁶ แนวทางปัจจุบันจึงเสนอให้บูรณาการการประเมิน frailty และ functional status เข้าไปในระบบประเมินมาตรฐาน เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการคาดการณ์ผลลัพธ์และออกแบบการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและหัตถการรุกราน ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ เช่น การทำงานของไตที่ลดลงและการกระจายยาเปลี่ยนแปลง ทำให้เสี่ยงต่อผลข้างเคียงและพิษจากยา อีกทั้งการใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วย ICU สูงอายุ เพิ่มโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug events) และปฏิกิริยาระหว่างยา¹⁶ นอกจากนี้การใช้หัตถการรุกราน เช่น การใส่สายสวนหลอดเลือดหรือท่อช่วยหายใจ หากขาดมาตรการป้องกันและการเฝ้าระวังที่รัดกุม อาจนำไปสู่การติดเชื้อในโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง พยาบาลควรมีบทบาทเชิงรุกในการทบทวนยา (medication reconciliation) ทุกครั้งที่รับใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา ร่วมกับการทำงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มี polypharmacy พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันในการทำหัตถการ พยาบาลต้องยึดหลัก Aseptic technique อย่างเข้มงวด ติดตามการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ (device-associated infections) และรายงานผลลัพธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. อุปสรรคด้านการสื่อสาร ผู้สูงอายุจำนวนมากมีข้อจำกัดด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไม่ราบรื่นหรือไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน การขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารส่งผลต่อการเข้าใจขั้นตอนการรักษา ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย และอาจทำให้การตัดสินใจทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับเจตจำนงของผู้ป่วยอย่างแท้จริง⁶ หากผู้ป่วยมีภาวะ delirium ร่วมด้วย ปัญหาการสื่อสารจะยิ่งซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่สามารถมีสมาธิหรือแสดงออกทางความคิดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่เลวร้ายในระยะยาว¹⁵ พยาบาลจึงควรเน้นการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงโครงสร้าง (structured communication) เช่น การใช้ภาษาที่กระชับเข้าใจง่าย การใช้บอร์ดสื่อสาร การใช้ท่าทาง รวมถึงการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรอง delirium อย่าง Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็ว¹⁵ การดูแลเชิงรุกในมิตินี้ไม่เพียงช่วยลดความวิตกกังวล แต่ยังส่งเสริมสิทธิในการมีส่วนร่วมและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตอีกด้วย

4. การขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ แม้ว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ในหลายบริบทครอบครัวกลับไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างเพียงพอ มักถูกจำกัดจากนโยบายหรือข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าเยี่ยม การขาดการมีส่วนร่วมนี้ลดโอกาสในการตัดสินใจร่วม (shared decision-making) อาจทำให้เกิดความรู้สึกห่างเหิน และอาจเกิดความไม่พึงพอใจต่อการดูแล งานวิจัยล่าสุดของ Society of Critical Care Medicine แนะนำให้สร้าง Family-centered care ผ่านการสื่อสารที่โปร่งใส การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มความพึงพอใจและเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ของผู้ป่วย¹¹

5. ความไม่ต่อเนื่องของการดูแลหลัง ICU ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตมักเผชิญกับ PICS ได้แก่ ความบกพร่องทางกาย จิตใจ และการรับรู้ หากขาดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและพักรักษาใน ICU นาน มีอัตราตายและการสูญเสียสมรรถนะทางกาย จิตใจ และการรับรู้ที่สูงในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของการเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะวิกฤตและการสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง⁴

กล่าวโดยสรุป ปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลผู้สูงอายุใน ICU จำเป็นต้องปรับแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเน้นการประเมินรอบด้าน การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การสื่อสารที่เหมาะสม การเสริมพลังให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องหลัง ICU เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือการรักษาทั้งชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

5. บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุในภาวะวิกฤต

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) เกิดจากพื้นฐานความเชื่อที่มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่ซับซ้อนและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลจึงไม่ควรถูกจำกัดเพียงการรักษาโรคหรือการแก้ไขความผิดปกติทางกายภาพ แต่ต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติอย่างสมดุล⁹ การพยาบาลแบบองค์รวมถือเป็นแนวคิดสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของ ICU ซึ่งมีความซับซ้อนสูง ทั้งด้านสภาวะทางร่างกายและสังคมจิตใจของผู้ป่วย ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงผู้ที่มีความเปราะบางทางชีวภาพ แต่ยังมีประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ คุณค่า และเป้าหมายส่วนบุคคลที่ควรได้รับการเคารพและพิจารณาในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทในการดูแล

ผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตแบบองค์รวมโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังนี้

5.1 บทบาทการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

การประเมินคือพื้นฐานสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลมีบทบาทในการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด การลดลงของความยืดหยุ่นของปอด สมรรถภาพไตลดลง และระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองช้าลง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรือการฟื้นตัวที่ล่าช้า^{5,6} พยาบาลจึงต้องใช้ทั้งข้อมูลทางกายภาพ เช่น สัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจร่างกาย ร่วมกับข้อมูลทางจิตใจและพฤติกรรม เพื่อประเมินภาพรวมของผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Frailty Index, ADL (Activities of Daily Living) หรือการคัดกรอง delirium (CAM-ICU) ตั้งแต่แรกเริ่ม ช่วยให้พยาบาลมองเห็นความเปราะบางและความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล การประเมินที่ครอบคลุมจะช่วยให้ระบุปัจจัยเสี่ยงและวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 บทบาทการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยใน ICU

ผู้สูงอายุใน ICU มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น delirium การติดเชื้อจากอุปกรณ์ ภาวะทุพโภชนาการ และกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนติดเตียง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและดำเนินการเชิงป้องกันโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Braden Scale เพื่อประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ, NUTRIC Score เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการ และการติดตาม Delirium อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน ลดการกระตุ้นเกินจำเป็น ใช้หลักปฏิบัติ Aseptic technique อย่างเข้มงวดในการทำหัตถการรุกราน เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อลด CAUTI หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อลด VAP นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็ว (early mobility) และการทำกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมในระยะวิกฤตยังช่วยลดการเกิดภาวะ ICU-acquired weakness และเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวในระยะยาว⁴ การประยุกต์ใช้ ABCDEF Bundle มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะเพ้อ ลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิตหลังออกจาก ICU^{21,22} การเฝ้าระวังเชิงรุกและการดูแลแบบองค์รวมเช่นนี้ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว และยังเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย

บุคคล เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างเหมาะสม

5.3 การวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายบุคคล

การวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายบุคคลเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างด้านสรีรวิทยา โรคร่วม ภาวะเปราะบาง และปัจจัยทางจิตสังคมที่ซับซ้อน พยาบาลจึงต้องออกแบบแผนการดูแลที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสภาพเฉพาะของผู้ป่วย โดยอาศัยการประเมินแบบองค์รวมเพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการและคุณค่าของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง⁵ การพยาบาลเฉพาะรายควรบูรณาการมิติต่าง ๆ

ดังนี้

มิติทางกาย เน้นบทบาทการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว เช่น การควบคุมอาการปวด การจัดท่าทางป้องกันแผลกดทับ และการส่งเสริมโภชนาการที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ⁴

มิติทางจิตใจและอารมณ์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัด การสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัวต้องมีความละเอียดอ่อน เพื่อจัดการความวิตกกังวล ลดความกลัวหรือความสับสน และอธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ โดยการกระทำเหล่านี้เป็นการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจแก่ครอบครัวเพื่อช่วยลดความเครียด การเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกหรือความกังวลยังช่วยสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับทีมพยาบาล และทำให้กระบวนการดูแลมีความหมายมากขึ้น^{4,8}

มิติทางสังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตลอดจนการเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การอยู่ข้างเตียง การพูดคุยกับผู้ป่วย หรือการช่วยกระตุ้นการรับรู้ ล้วนมีผลเชิงบวกต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความผูกพันและความมั่นคงทางอารมณ์ แต่ยังช่วยลดระดับความวิตกกังวลและความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ¹¹ และด้านจิตวิญญาณ แผนการดูแลต้องเคารพความเชื่อ ค่านิยม และศรัทธาทางศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณนี้สามารถทำได้ผ่านการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสงบ หรือการประสานงานกับผู้นำศาสนา ซึ่งช่วยลดความทุกข์และความวิตกกังวล และทำให้การตัดสินใจสอดคล้องกับเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วย^{11,23} การวางแผนเฉพาะรายบุคคลต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจแนวทางการดูแลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

5.4 การสื่อสารและการสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารอันเนื่องมาจากภาวะสมองเสื่อม การได้ยินบกพร่อง หรือภาวะ Delirium หรือผลข้างเคียงจากการใช้ยากล่อมประสาท พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคเหล่านี้ โดยใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมีโครงสร้างเช่น การสื่อสารแบบ SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) เพื่อให้ข้อมูลสั้น กระชับ และลดความคลาดเคลื่อนในการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว^{5,6,15} นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การสื่อสารเชิงบำบัดเพื่อสร้างความไว้วางใจและลดความวิตกกังวลของครอบครัว การรับฟังอย่างตั้งใจ การพูดด้วยถ้อยคำสุภาพ และการสะท้อนความรู้สึกอย่างเข้าใจ เป็นวิธีที่ช่วยให้ครอบครัวรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแนวทาง Family-centered Care ในด้านการตัดสินใจร่วมพยาบาลต้องสื่อสารข้อมูลอย่างโปร่งใสและเข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการเลือกแนวทางการรักษา เพื่อให้การตัดสินใจสอดคล้องกับเจตจำนงและคุณค่าที่แท้จริงของผู้ป่วย^{11,21,23}

5.5 การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ

เนื่องจากความซับซ้อนทางคลินิกและภาวะโรคร่วมในผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุภาวะวิกฤตจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานหลักในการรวบรวมข้อมูล สื่อสาร และเชื่อมโยงแผนการดูแลเพื่อให้เกิดแผนการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การประสานงานที่สำคัญ ได้แก่ การทำงานร่วมกับเภสัชกรเพื่อทบทวนยาและจัดการ polypharmacy อย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา การประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวตั้งแต่แรกเริ่ม และป้องกันภาวะถดถอยทางร่างกาย (deconditioning) รวมถึงการประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการและการให้สารอาหารที่เหมาะสมเป็นต้น การประสานงานที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษา และเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม^{10,21} อีกทั้งยังช่วยให้กระบวนการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องดำเนินไปอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

5.6 การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

แม้ว่าการดูแลใน ICU จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นภาวะคุกคามชีวิตได้ แต่ความท้าทายมิได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยวิกฤต ตรงกันข้าม ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเผชิญกับผลกระทบระยะยาว เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังเข้ารับการรักษาใน ICU (ICU-acquired weakness) ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional decline) และความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (readmission) ซึ่งทั้งหมดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะ

ของครอบครัวโดยตรง^{8,17} การวางแผนการจำหน่ายจึงไม่ใช่กิจกรรมที่เกิดขึ้นเฉพาะในวันสิ้นสุดการรักษา แต่เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการนี้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว สมรรถนะการทํากิจวัตรประจำวัน (ADL) การสอนญาติเรื่องการดูแลขั้นพื้นฐาน การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การบริหารยาอย่างปลอดภัย⁶ ไปจนถึงการประสานงานกับหน่วยงานดูแลต่อเนื่อง เช่น คลินิกติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือบริการเยี่ยมบ้าน (home health care) การดูแลต่อเนื่องเช่นนี้จะช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ¹¹ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน เพิ่มการฟื้นตัวด้านการเคลื่อนไหว และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังจำหน่ายจาก ICU ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴ ดังนั้น การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องจึงถือเป็นหัวใจของการพยาบาลแบบองค์รวมที่ต้องดำเนินไปพร้อมกับการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมไม่ใช้การดูแลที่แยกส่วนของแต่ละมิติ แต่เป็นการบูรณาการการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างสมดุล การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการในทุกมิติจะช่วยให้ผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตไม่เพียงรอดชีวิต แต่ยังรักษาคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ได้ ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลวิกฤต

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุในภาวะวิกฤตถือเป็นความท้าทายทางการพยาบาลที่ซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและมักมีโรคร่วมหลายชนิด ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว การพยาบาลแบบองค์รวมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะไม่เพียงมุ่งเน้นที่การรักษาภาวะเฉียบพลัน แต่ยังครอบคลุมการดูแลในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์และคงคุณค่าในความเป็นมนุษย์ ใน ICU บทบาทของพยาบาลจึงมิได้จำกัดเพียงการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ยังรวมถึงการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้สูงอายุโดยอาศัยการประเมินอย่างครอบคลุม การใช้แนวทางการพยาบาลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การประสานงานสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การบูรณาการแนวทางเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะพึ่งพิง และเพิ่มโอกาสในการกลับคืนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังเป็นการสะท้อนถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. National Statistical Office. The 2024 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Jul 14]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
3. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2023 Feb 9 [cited 2025 Jul 16]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
4. Wozniak H, Beckmann TS, Dos Santos Rocha A, Pugin J, Heidegger CP, Cereghetti S. Long-stay ICU patients with frailty: mortality and recovery outcomes at 6 months. *Ann Intensive Care*. 2024;14(1):31.
5. Brunner C, Simmons T, Hall M. Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges. *Clin Interv Aging*. 2023;18:93–104.
6. Vallet H, Guidet B, Boumendil A, et al. Ageing and critical illness: physiology and clinical implications. *Ann Intensive Care*. 2023;13:108. doi:10.1186/s13613-023-01160-7.
7. Dolezalova J, Tothova V, Neugebauer J, Sadilek P. Impact of selected geriatric syndromes on the quality of life in the population aged 60 and older. *Healthcare*. 2021;9(6):657.
8. Hiser SL, Diette GB, Needham DM. Post-intensive care syndrome: recent updates. *J Intensive Care*. 2023;11:23.
9. Kusump V. Critical care nursing: a holistic approach. 7th ed. Bangkok: P.K.K. Printing; 2022.
10. Latour JM, et al. Improving the intensive care experience from the perspectives of ICU survivors and stakeholders. *Crit Care*. 2022;26(1):94.
11. Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Crit Care Med*. 2025;53(2):e465–e482.
12. Du Z, et al. Critical care in older adults: Research landscape and emerging trends. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(38):e38845.
13. Cao F, et al. Medical-integrated holistic nursing improves outcomes in ICU patients: A cohort study. *Sci Rep*. 2025;15:11294.
14. Tang X, Zhang D, He J, Wu J, Chen X, Zhou Z, et al. Frailty and risk of mortality in elderly patients in intensive care units: a meta-analysis. *J Crit Care*. 2017;42:69–75.

15. Lewis K, Balas MC, Stollings JL, et al. A focused update to the clinical practice guideline for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2025;53(3):e711–e727.
16. Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, et al. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. *Lancet Healthy Longev.* 2024;5(4):e287–e96.
17. Inoue S, Nakanishi N, Amaya F, Fujinami Y, Hatakeyama J, Hifumi T, et al. Post-intensive care syndrome: Recent advances and future directions. *Acute Med Surg.* 2024;11(1):e929.
18. Kaushik R, Ferrante LE. Long-term recovery after critical illness in older adults. *Curr Opin Crit Care.* 2022;28(5):572–80.
19. Elias MN, Khan Y, Lonie A, et al. Inactivity may identify older intensive care unit survivors at risk for post-intensive care syndrome. *Am J Crit Care.* 2024;33(2):95–104.
20. Sharshar T, Grimaldi-Bensouda L, Siami S, Cariou A, Salah AB, Kalfon P, et al. A randomized clinical trial to evaluate the effect of post-intensive care multidisciplinary consultations on mortality and the quality of life at 1 year. *Intensive Care Medicine.* 2024;50(5):665–77.
21. Sosnowski K, Lin F, Chaboyer W, Ranse K, Heffernan A, Mitchell M. The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2023;138:104410.
22. Barr J, Downs B, Ferrell K, Talebian M, Robinson S, Kolodisner L, et al. Improving Outcomes in Mechanically Ventilated Adult ICU Patients Following Implementation of the ICU Liberation (ABCDE) Bundle Across a Large Healthcare System. *Crit Care Explor.* 2024;6(1):e1001.
23. Bulut TY, Çekiç Y, Altay B. The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2023;77:103438.