

คู่มือประเมินภาวะสับสนของแบบประเมิน

MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE

THAI VERSION (MDAS-T)

สำหรับการประเมินภาวะสับสนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
เหมาะสำหรับ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และบุคลากรทางการแพทย์

นายวัณนชัย กลั่นกลิ้ง นักจิตวิทยาคลินิก ศูนย์บริการ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE

ที่มา

Memorial Delirium Assessment Scale หรือ MDAS เป็นแบบประเมินภาวะสับสน ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย William Breitbart และคณะ มี 10 ข้อคำถาม สามารถให้คะแนนในแต่ละข้อได้ถึง 4 ระดับ (0-3) คะแนนเต็ม 30 คะแนน มาตรฐานของข้อคำถามประเมินความผิดปกติของระดับการรู้สึกตัว การรับรู้และการเข้าใจ (ความจำ, ความตั้งใจ, การรู้ตัว, ความคิดและการเคลื่อนไหว) โดยผู้ประเมินเป็นผู้ให้คะแนน ข้อคำถามใดที่ไม่สามารถประเมินกับผู้ป่วยได้ ผู้ประเมินสามารถเพิ่มคะแนนจากการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนได้

แบบประเมิน MDAS นั้น ต้นฉบับเดิมเป็นภาษาอังกฤษ ได้ถูกแปลเป็นภาษาอินเดีย จีน สเปน เกาหลี ญี่ปุ่น อิตาลี รวมถึงภาษาไทย ในแบบประเมินภาวะสับสน MDAS ฉบับภาษาไทยนั้น (MDAS-T) ถูกแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดย นายวัฒนชัย กลั่นกลิง (นักจิตวิทยาคลินิก) และนายแพทย์ศุภการ เตชสุนันต์ (แพทย์ประคับประคอง) หลังจากนั้นแบบประเมิน MDAS-T ถูกตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรุณทัย ศิริธวัชกุล (วิสัญญีแพทย์) อาจารย์ นายแพทย์ปเนต ผู้กฤตยาคามิ (จิตแพทย์) และแพทย์หญิงประธมาภรณ์ จันทร์ทอง (แพทย์ประคับประคอง) ได้ค่า Content validity index เท่ากับ 0.97 แสดงว่าแบบประเมิน MDAS-T มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาสูง

หลังจากนั้นได้นำ MDAS-T ไปทดสอบความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมิน 2 ท่าน ระหว่างนายวัฒนชัย กลั่นกลิง และนายแพทย์ศุภการ เตชสุนันต์ กับผู้ป่วย 30 คน ได้ค่า Intraclass correlation coefficient เท่ากับ 0.98 หมายความว่าผู้ประเมินทั้งสองท่านประเมินภาวะสับสน ได้ผลการประเมินใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ประเมินสูง หลังจากนั้นได้ทดสอบเครื่องมือกับผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 194 คน โดยเกณฑ์คัดเข้าจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอายุเท่ากับ 18 หรือมากกว่าขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือการทำงานของอวัยวะหลักล้มเหลว ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยให้คะแนนในแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ในแต่ละข้อมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หรือผู้ป่วยถูกวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อม บกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โคมา หรือมีความยากลำบากในการสื่อสาร เช่น เจาะคอหรือใส่ท่อช่วยหายใจ โดยในการทดสอบเครื่องมือนี้ นักจิตวิทยาคลินิกใช้ MDAS-T และจิตแพทย์ใช้ Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ประเมินผู้ป่วยแต่ละคน

ผลการวิจัยพบว่า MDAS-T นั้น มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) สูง โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้วิธี Exploratory factor analysis พบว่า แบบประเมิน MDAS มี 1 ปัจจัย โดยมีค่า Eigenvalue เท่ากับ 7.16 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 81 เมื่อนำ MDAS-T มาทดสอบกับ DSM-5 ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า Area under the receiver operative characteristic curve เท่ากับ 0.96 แสดงว่า MDAS-T สามารถประเมินภาวะสับสนได้ใกล้เคียงกับเกณฑ์มาตรฐาน จุดตัดที่เหมาะสมที่สุดของ MDAS-T อยู่ที่ 9 คะแนน โดยมีค่า ความไว เท่ากับ 0.92 และความจำเพาะ 0.90

จากผลการวิจัยพบว่า แบบประเมิน MDAS-T สามารถแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนได้เป็น 4 กลุ่ม 1. กลุ่ม Mild delirium คะแนน MDAS-T อยู่ระหว่าง 9-13 คะแนน 2. กลุ่ม Moderate delirium คะแนน MDAS-T อยู่ระหว่าง 14-18 คะแนน 3. กลุ่ม Severe delirium คะแนน MDAS-T อยู่ระหว่าง 19-25 คะแนน และ 4. กลุ่ม Profound delirium คะแนน MDAS-T อยู่ระหว่าง 26-30 คะแนน เวลาที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนของแบบประเมิน MDAS-T มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 นาที

MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE

คำแนะนำก่อนการเริ่มประเมิน

1. ขั้นเตรียมการ (Preparation Stage)

ผู้ประเมินควรศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางทางแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนในการใช้แบบประเมินให้เหมาะสม ผู้ป่วยที่ต้องระมัดระวัง เมื่อได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MDAS ได้แก่ ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นสมองเสื่อม บกพร่องทางเขาวนปัญญา โคม่า หรือมีความยากลำบากในการสื่อสาร เช่น ใส่ท่อหายใจ

2. การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ประเมินควรชี้แจงวัตถุประสงค์การประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยทราบ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการประเมินควบคู่กับการสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดการประเมิน เพื่อนำมาใช้ในการแปลผลคะแนนหลังจากการประเมิน

3. การประเมินและการแปลผลแบบประเมิน

ในขณะประเมินผู้ป่วยนั้น การประเมินสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากประวัติการรักษา ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ควร ด่วนสรุปเอง เช่น “เห็นผู้ป่วยง่วงซึม ผู้ประเมินมักคิดเอาเองว่า ผู้ป่วยเพิ่งจะตื่นนอน หรือผู้ป่วยน่าจะซึมเศร้า” หรือ “ผู้ป่วยฝันเห็นญาติที่เสียชีวิตไปแล้วในช่วงกลางคืน แต่คิดว่าผู้ป่วยไม่ได้เห็นภาพหลอน” จากตัวอย่างทั้งสองนี้ ผู้ประเมินมักด่วนสรุปว่า “แคงง่วงซึม” หรือ “แคงฝัน” ซึ่งเป็นเรื่องที่ผิด อาจทำให้พลาดการวินิจฉัยภาวะสับสนได้ วิธีการที่ถูกต้องคือ ไม่ว่าจะพบเห็นพฤติกรรมอะไรก็แล้วแต่ที่สามารถให้คะแนนได้ หรือจากประวัติที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ต้อง ให้คะแนนในแบบประเมินข้อนั้นๆเสมอ และแปลผลตามคู่มือ

4. การแจ้งผลการประเมิน

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสน ผู้ประเมินควรทำการบันทึกการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกการดำเนินโรค และทำการแจ้งให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยทราบถึงผลการประเมิน เพื่อให้ทีมที่ดูแลผู้ป่วยพิจารณาการรักษา และตรวจหาสาเหตุต่อไป

MEMORIAL DELIRIUM ASSESSMENT SCALE

คำแนะนำ: ประเมินความรุนแรงของอาการสับสนต่อไปนี้ ในขณะที่กำลังปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือประเมินพฤติกรรมหรือจากประสบการณ์ในช่วงเวลาหลายชั่วโมงที่ผ่านมา (ตามที่ระบุไว้ในแต่ละหัวข้อ)

ข้อ 1 REDUCED LEVEL OF CONSCIOUSNESS (AWARENESS) ประเมินระดับการรู้ตัวและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ณ ปัจจุบัน เช่น ผู้ประเมิน บุคคลอื่นๆ สิ่งของในห้อง ตัวอย่างเช่น ให้ผู้ป่วยอธิบายสภาพแวดล้อมรอบๆตนเอง

วิธีการประเมิน

ประเมินระดับการรู้ตัวของผู้ป่วย โดยให้สังเกตขณะพูดคุย ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลืมตา มองหน้า สบตากับผู้ประเมิน และการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยให้สังเกตผู้ป่วยขณะประเมิน สามารถพูดคุยอธิบายสภาพแวดล้อมรอบๆตัวเอง ว่ามีใครบ้าง มีอะไรอยู่รอบๆตัวเองบ้าง

การให้คะแนน

0 ไม่มี ผู้ป่วยรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม

อธิบายเพิ่มเติม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ และสามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินขณะพูดคุยได้อย่างเหมาะสม

1 เล็กน้อย ผู้ป่วยรับรู้บ้าง ไม่สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมบางอย่างหรือไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยเมื่อได้รับการกระตุ้น ผู้ป่วยสามารถรับรู้ มีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม การประเมินมีความยืดหยุ่นแต่ไม่ถูกรบกวนจนหยุดชะงัก

อธิบายเพิ่มเติม ผู้ป่วยรับรู้บ้าง หมายความว่า มีระดับการรู้ตัวที่ลดลง แสดงออกเป็นลักษณะง่วงซึม ลักษณะคล้ายกับคนเพิ่งตื่นนอน แต่เมื่อผู้ประเมินกระตุ้นผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับมาตื่นตัวได้อย่างเต็มที่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถระดับการรู้ตัว และปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินได้ตลอดการประเมิน

2 ปานกลาง ผู้ป่วยรับรู้บ้าง ไม่สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมบางอย่างหรือทุกอย่าง หรือไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินได้อย่างเหมาะสม แม้เมื่อได้รับการกระตุ้น ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้และปฏิสัมพันธ์ได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม การประเมินมีความยืดหยุ่นแต่ไม่ถูกรบกวนจนหยุดชะงัก

อธิบายเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีระดับการรู้ตัวที่น้อยลง หมายถึงผู้ป่วยมักนอนหลับ มีความยากลำบากที่จะลืมตาและสนทนากับผู้ประเมิน เมื่อผู้ประเมินกระตุ้นแล้ว ผู้ป่วยมีความยากลำบากที่จะคงระดับความรู้สึกตัวและปฏิสัมพันธ์ มักหลับตาและนอนหลับอีก ผู้ประเมินจำเป็นต้องกระตุ้นบ่อยๆตลอดการประเมิน

- 3 รุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมทุกอย่าง รวมถึงไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้ประเมินได้อย่างเหมาะสม จนการประเมินเป็นไปอย่างยากลำบากหรือเป็นไปไม่ได้ แม้จะได้รับการกระตุ้นอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม

อธิบายเพิ่มเติม เมื่อกระตุ้นผู้ป่วยอาจทำได้เพียงแค่ลืมตาเล็กน้อย หรือขยับมือได้เล็กน้อย ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยตื่นกลับมาพูดคุยได้เต็มที่

ข้อ 2 DISORIENTATION ประเมิน orientation 10 ข้อ ต่อไปนี้ 1. วันอะไร 2. วันที่เท่าไร 3. เดือนอะไร 4. ปีอะไร 5. ฤดูอะไร 6. สถานที่อยู่ขณะนี้ 7. ชั้นที่เท่าไร 8. อำเภอหรือเขตอะไร 9. จังหวัดอะไร 10. ประเทศอะไร

วิธีการประเมิน

ให้ผู้ประเมินถามผู้ป่วยทีละข้อเรียงตามลำดับ

การให้คะแนน

- | | |
|------------|---|
| 0 ไม่มี | ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง 9-10 ข้อ |
| 1 เล็กน้อย | ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง 7-8 ข้อ |
| 2 ปานกลาง | ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง 5-6 ข้อ |
| 3 รุนแรง | ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้องไม่เกิน 4 ข้อ |

ข้อ 3 SHORT-TERM MEMORY ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทวนคำ 3 คำโดยทันที (Repeat) และทวนคำอีกครั้งใน 5 นาทีถัดมา (Recall) โดยใช้กลุ่มคำที่แตกต่างกัน เช่น แอปเปิ้ล โต๊ะ วันพรุ่งนี้ ทองคำ บุหรี่ ความยุติธรรม

วิธีการประเมิน

ให้ผู้ประเมินบอกกับผู้ป่วยว่า “ต่อไปนี้ หมอ/พยาบาล จะบอกคำ 3 คำให้คุณจำ โดยจะพูดเพียงแค่ครั้งเดียว” โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยจำคำ 3 คำ โดยคำที่ให้จำต้องอยู่กันคนละกลุ่มคำ เช่น ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ เมื่อบอกคำแล้ว ให้ผู้ป่วยตอบทันที (Repeat) ว่า คำที่บอกไป มีคำว่าอะไรบ้าง หากตอบผิดแม้แต่คำเดียว ให้ 3 คะแนนสำหรับข้อนี้ได้เลย แต่ถ้าผู้ป่วยตอบถูกต้องทั้ง 3 คำ ให้บอกกับผู้ป่วยว่า “จำคำ 3 คำนี้เอาไว้ก่อน อีก 5 นาทีจะถามอีกครั้ง (Recall)” และเมื่อเวลาผ่านไป 5 นาทีให้ถามผู้ป่วยอีกครั้ง

การให้คะแนน

- | | |
|------------|---|
| 0 ไม่มี | ผู้ป่วยสามารถ repeat และ recall ได้ทั้ง 3 คำ |
| 1 เล็กน้อย | ผู้ป่วยสามารถ repeat ได้ทั้ง 3 คำ แต่ recall ผิด 1 คำ |
| 2 ปานกลาง | ผู้ป่วยสามารถ repeat ได้ทั้ง 3 คำ แต่ recall ผิด 2-3 คำ |
| 3 รุนแรง | ผู้ป่วย repeat ผิด 1 คำ หรือมากกว่านั้น |

ข้อ 4 IMPAIRED DIGIT SPAN ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทวนเลข เริ่มจากทวนตามผู้ประเมินไปข้างหน้า 3 หลัก 4 หลัก และ 5 หลัก และทวนย้อนกลับ 3 หลัก และ 4 หลัก ตามลำดับ โดยผู้ป่วยต้องตอบถูกต้องเท่านั้น จึงทำการประเมินลำดับถัดไป

วิธีการประเมิน

(1) ให้ผู้ประเมินพูดให้ผู้ผู้ป่วยฟัง โดยเริ่มจากทวนตัวเลขไปข้างหน้า (Forward) เริ่มจาก 3 ไป 4 และไป 5 หลัก ตามลำดับ โดยให้ผู้ประเมินบอกผู้ป่วยว่า “ต่อไปนี่หมอ/พยาบาล จะพูดตัวเลข ตั้งแต่ 3-5 หลัก ตามลำดับ และให้คุณตอบกลับให้เหมือน”

(2) ให้ผู้ประเมินพูดให้ผู้ผู้ป่วยฟัง โดยการทวนตัวเลขย้อนกลับ (Backward) เริ่มจาก 3 ไป 4 หลัก ตามลำดับ โดยให้ผู้ประเมินบอกผู้ป่วยว่า “ต่อไปนี่ หมอ/พยาบาล ให้คุณพูดทวนเลขย้อนกลับหลัง 3-4 หลัก ยกตัวอย่างเช่น ถ้าหมอ/พยาบาล พูดว่า 1-2-3 ให้ตอบตอบว่า 3-2-1”

*ถ้าผู้ป่วยตอบผิด ตอบไม่ได้ หรือเรียงลำดับผิด ให้หยุดทำทันทีและให้คะแนนเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ตามวิธีการให้คะแนน

ข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ตัวเลขเรียงต่อกัน เช่น เรียงเลข 1,2,3 หรือ 9,8,7
2. นับเลขให้ผู้ผู้ป่วยฟังแต่ละครั้ง แต่ละเลขต้องห่างกัน 1 วินาที

การให้คะแนน

0 ไม่มี	ผู้ป่วยสามารถทวนตัวเลขไปข้างหน้าได้ 5 ตัวเลข และทวนตัวเลขย้อนกลับได้ 4 ตัวเลข
1 เล็กน้อย	ผู้ป่วยสามารถทวนตัวเลขไปข้างหน้าได้ 5 ตัวเลข และทวนตัวเลขย้อนกลับได้ 3 ตัวเลข
2 ปานกลาง	ผู้ป่วยสามารถทวนตัวเลขไปข้างหน้าได้ 4-5 ตัวเลข และทวนตัวเลขย้อนกลับได้น้อยกว่า 3 ตัวเลข
3 รุนแรง	ผู้ป่วยไม่สามารถทวนตัวเลขไปข้างหน้าได้มากกว่า 3 ตัวเลข

ข้อ 5 REDUCED ABILITY TO MAINTAIN AND SHIFT ATTENTION ในระหว่างการประเมินต้องมีการอธิบายคำถามหรือต้องถามคำถามซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีความตั้งใจลดลงจากสิ่งรบกวนภายนอก หรือมีความยากลำบากที่จะเข้าใจ

วิธีการประเมิน

ให้สังเกตการตอบคำถามของผู้ป่วยตลอดการประเมินว่าความตั้งใจลดลงหรือไม่ หากถามคำถามแล้วผู้ป่วยไม่ตอบ หรือต้องอธิบายคำถามเดิมซ้ำอีกครั้ง (โดยไม่ได้เกิดจากความไม่เข้าใจในคำถาม) ให้นับเป็นความผิดปกติด้านความตั้งใจ 1 ครั้ง

การให้คะแนน

- | | |
|------------|---|
| 0 ไม่มี | ไม่มีอาการดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถคงความตั้งใจและเปลี่ยนแปลงความตั้งใจได้ตามปกติ |
| 1 เล็กน้อย | มีปัญหาด้านความตั้งใจเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง แต่ไม่ทำให้การประเมินยืดยื้อ |
| 2 ปานกลาง | มีปัญหาด้านความตั้งใจเกิดขึ้นบ่อยครั้ง การประเมินเกิดความยืดยื้อ แต่ไม่รบกวนจนหยุดชะงัก |
| 3 รุนแรง | มีปัญหาด้านความตั้งใจรบกวนตลอดการประเมิน ทำให้การประเมินเป็นไปอย่างยากลำบากหรือเป็นไปไม่ได้ |

ข้อ 6 DISORGANIZED THINKING ในระหว่างการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีการพูดวุ่นไม่เข้าประเด็น (Rambling) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) ไม่สามารถเรียงคำให้เป็นประโยคได้ (Incoherent Speech) ตอบเลียงประเด็นคำถาม (Tangential) ตอบคำถามโดยพูดเรื่องอื่น ๆ ก่อนเข้าประเด็น (Circumstantial) การให้เหตุผลที่ไม่สมเหตุสมผล (Faulty Reasoning) โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามที่ค่อนข้างซับซ้อน เช่น ให้ผู้ป่วยอธิบายโรคประจำตัวของตนเอง

วิธีการประเมิน

- ให้สังเกตผู้ป่วยขณะประเมินว่ามีอาการเหล่านี้หรือไม่

1. Rambling ผู้ป่วยพูดวุ่นไม่เข้าประเด็น พูดเรื่อยเปื่อย เช่น ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวด ผู้ป่วยไม่ตอบเกี่ยวกับอาการปวด ไปตอบเกี่ยวกับอาการอื่นๆ แทน
2. Irrelevant ผู้ป่วยตอบไม่ตรงคำถาม เช่น ถามเกี่ยวกับอาการปวด ผู้ป่วยตอบว่าวันนี้ท้องฟ้าสดใส ซึ่งคำตอบนั้นไม่เกี่ยวข้องกับคำถาม
3. Incoherent Speech ไม่สามารถเรียงคำให้เป็นประโยคได้ เช่น ผมมะเร็งเป็น ซึ่งควรจะเป็น ผมเป็นมะเร็ง หรือ วันนี้ปวดหัวรู้สึก ซึ่งควรจะเป็น วันนี้รู้สึกปวดหัว เป็นการตอบคำถามที่เรียงคำสลับกัน
4. Tangential ตอบเลียงประเด็น เช่น “หมอถามว่าโรคนี้รักษาหายไหม” ผู้ป่วยตอบว่า “ยังรักษาไม่ครบ”
5. Circumstantial ตอบคำถามโดยพูดเรื่องอื่นก่อนเข้าประเด็น เช่น ถามว่าตอนนี้ปวดไหม ผู้ป่วยตอบว่า เมื่อคืนตั้งแต่ที่เริ่มนอนก็ตื่นกลางคืน เพราะฝันร้าย หลับๆ ตื่นๆ เหนื่อย หายใจไม่ออก ตอนเช้าก็เป็น แต่ตอนนี้ไม่ปวด
6. Faulty Reasoning ให้เหตุผลไม่สมเหตุสมผล เช่น มีข้อมูลว่าคนแถวบ้านกินมอร์ฟินแล้วตาย (ใช้มอร์ฟิน เพื่อการเสพติด จนได้รับยาเกินขนาด) เพราะฉะนั้น ฉันจะไม่รักษาด้วยการกินยามอร์ฟิน (แม้จะให้ข้อมูลผู้ป่วยตามหลักการทางการแพทย์แล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังเชื่อเหมือนเดิมและตัดสินใจไม่สมเหตุสมผลเหมือนเดิม)

การให้คะแนน

- | | |
|------------|--|
| 0 ไม่มี | คำพูดของผู้ป่วยสอดคล้องกันและมีเป้าหมายชัดเจน |
| 1 เล็กน้อย | คำพูดมีความยากลำบากที่จะเข้าใจเล็กน้อย ตอบไม่ตรงคำถามเล็กน้อย แต่ไม่มากจนทำให้การประเมินยึดเยื้อ |
| 2 ปานกลาง | ความคิดหรือการพูดสับสนชัดเจน จนทำให้การประเมินยึดเยื้อ แต่ไม่ได้ทำให้การประเมินหยุดชะงัก |
| 3 รุนแรง | การประเมินเป็นเรื่องที่ยากมากหรือแทบเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากความคิดหรือการพูดที่สับสน |

ข้อ 7 PERCEPTUAL DISTURBANCE ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่บิดเบือน (Misperception) การแปลสิ่งเร้าผิด (Illusions) หรือประสาทหลอน (Hallucinations) โดยประเมินจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระหว่างการประเมิน ผู้ป่วยรายงานให้ทราบเอง หรือข้อมูลจากพยาบาล ครอบครัว หรือเวชระเบียน ในช่วงเวลาหลายๆชั่วโมงที่ผ่านมาหรือตั้งแต่การประเมินครั้งก่อนหน้า

วิธีการประเมิน

สังเกตผู้ป่วยขณะประเมิน ข้อมูลจากเวชระเบียน ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา เมื่อเป็นการประเมินครั้งแรก หรือในช่วงเมื่อคืนก่อน เมื่อเป็นการประเมินติดตามผล

1. Misperception การรับรู้ที่ถูกบิดเบือน เช่น ผู้ป่วยขาดการรับรู้ของตัวเองเป็นใคร รู้สึกแปลกไปจากความเป็นจริง หรือสิ่งแวดล้อมแปลกไปจากความเป็นจริง
2. Illusion การแปลสิ่งเร้าผิด เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือเป็นงู
3. Hallucination แบ่งออกเป็น 5 ชนิด
 - 3.1 Visual Hallucination ภาพหลอน เช่น เห็นคนที่ตายไปแล้วมาหา เห็นเงาลอยๆ
 - 3.2 Auditory Hallucination หูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงคนมาเรียกตลอดทั้งคืน ทั้งที่ไม่มีเสียงเรียก
 - 3.3 tactile Hallucination หลอนทางผิวหนังสัมผัส เช่น รู้สึกเหมือนมีมดไต่ที่แขน หรือขา ทั้งที่ไม่มีมด
 - 3.4 Olfactory Hallucination หลอนทางการรับกลิ่น เช่น ได้กลิ่นน้ำหอม น้ำอบ ทั้งที่ไม่มีกลิ่นนั้น
 - 3.5 Gustatory Hallucination หลอนทางการรับรส เช่น รู้สึกถึงรสชาติอาหาร โดยที่ไม่ได้กิน

การให้คะแนน

- | | |
|------------|--|
| 0 ไม่มี | ไม่พบการรับรู้ที่บิดเบือน เช่น การแปลสิ่งเร้าผิดหรือประสาทหลอน |
| 1 เล็กน้อย | มีการรับรู้ที่บิดเบือนหรือการแปลสิ่งเร้าผิดหรือประสาทหลอน ในช่วงเวลานอน 1-2 ครั้งโดยไม่พบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม |

- | | |
|-----------|--|
| 2 ปานกลาง | มีการแปลสิ่งเร้าผิดหรือประสาทหลอนบ่อยครั้ง โดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเล็กน้อย แต่ไม่รบกวนการประเมิน |
| 3 รุนแรง | มีการแปลสิ่งเร้าผิดหรือประสาทหลอนตลอดเวลา และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำ รบกวนการประเมินหรือการดูแลรักษา |

ข้อ 8 DELUSIONS ประเมินความคิดหลงผิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในระหว่างการประเมินหรือผู้ป่วยบอก ให้ทราบหรือรายงานจากพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วย หรือเวชระเบียน ในช่วงเวลาหลายชั่วโมงที่ผ่านมา หรือตั้งแต่ การประเมินครั้งก่อนหน้า

วิธีการประเมิน

ให้สังเกตที่ความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือมีพฤติกรรมที่ผิดแปลกออกไปอันเนื่องมาจากความคิด หลงผิด และไม่สามารถเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยได้ เช่น หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หลงผิดเกี่ยวกับ ปรากฏการณ์แปลกๆ เช่น นอนอยู่บนเตียง แต่คิดว่ามีน้ำท่วมใต้เตียง หลงผิดคิดว่าคู่ครองนอกใจ

การให้คะแนน

- | | |
|------------|--|
| 0 ไม่มี | ไม่พบการแปลความหมายที่ผิดพลาด (Misinterpretations) หรือความคิดหลงผิด (Delusions) |
| 1 เล็กน้อย | มีการแปลความหมายที่ผิดพลาดหรือน่าสงสัย แต่ยังไม่พบความคิดหลงผิดหรือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างชัดเจน |
| 2 ปานกลาง | มีความคิดหลงผิด โดยผู้ป่วยรายงานหรือจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งไม่ รบกวนการประเมินหรือการดูแลรักษาหรือรบกวนเพียงเล็กน้อย |
| 3 รุนแรง | พบความคิดหลงผิดตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รบกวนการ ประเมินและรบกวนต่อการดูแลรักษา |

ข้อ 9 DECREASED OR INCREASED PSYCHOMOTOR ACTIVITY ประเมินการเคลื่อนไหวระหว่างการ ประเมิน รวมถึงในช่วงหลายๆชั่วโมงที่ผ่านมา โดย (a) การเคลื่อนไหวลดลง (Hypoactive) (b) การเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้น (Hyperactive) หรือ (c) มีองค์ประกอบทั้งสองอย่าง

การให้คะแนน

- | | |
|------------------|--|
| 0 ไม่มี | การเคลื่อนไหวปกติ |
| 1 เล็กน้อย a b c | การเคลื่อนไหวลดลงเพียงเล็กน้อย แสดงออกในลักษณะการเคลื่อนไหวที่ช้าลง เพียงเล็กน้อยหรือการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยหรือแสดงเป็นอาการ กระสับกระส่ายเพียงเล็กน้อย |
| 2 ปานกลาง a b c | การเคลื่อนไหวที่ลดลงชัดเจน มีการลดลงของปริมาณการเคลื่อนไหวหรือการ |

เคลื่อนไหวช้าลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยพูดเองน้อยมาก หรือการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้นชัดเจน ผู้ป่วยเคลื่อนไหวหรือพูดเกือบตลอดเวลา ในทั้งสองกรณีส่งผลให้การประเมินเกิดความยืดเยื้อ

3 รุนแรง a b c

การเคลื่อนไหวลดลงรุนแรง ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวหรือพูดถ้าไม่ได้รับการกระตุ้น หรือนิ่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (Catatonic) หรือการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นรุนแรง ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตลอดเวลา ตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ ต้องมีการเฝ้าระวังและ/หรือการตรึงไว้ ทั้งสองกรณีส่งผลให้การประเมินเป็นไปได้ยากหรือแทบเป็นไปไม่ได้

ข้อ 10 SLEEP-WAKES CYCLE DISTURBANCE (DISORDER OF AROUSAL) ประเมินความสามารถผู้ป่วยในเรื่องการนอนหลับและการตื่นที่เหมาะสมกับเวลา จากการสังเกตระหว่างการประเมิน ตลอดจนรายงานจากพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วย ตัวผู้ป่วย หรือเวชระเบียน ที่อธิบายความผิดปกติในวงจรการนอน-ตื่น ในช่วงเวลาหลายๆชั่วโมงที่ผ่านมาหรือตั้งแต่การประเมินครั้งก่อนหน้า ใช้การสังเกตเมื่อคืนก่อนหน้าเพื่อนำมาใช้ประเมินในตอนเช้าเท่านั้น

การให้คะแนน

0 ไม่มี

สามารถหลับได้ดีในเวลากลางคืน ไม่มีปัญหาการตื่นในเวลากลางวัน

1 เล็กน้อย

มีความผิดปกติเล็กน้อยในการนอนและการตื่น มีความยากลำบากในการนอนเวลากลางคืนตื่นกลางดึกเป็นช่วงสั้นๆ ต้องใช้ยาเพื่อให้หลับได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกง่วงเป็นบางช่วงในระหว่างวันหรือในระหว่างการประเมิน แต่เมื่อกระตุ้นผู้ป่วยสามารถรู้สึกตัวได้เต็มที่ มีความรู้สึกง่วงแต่สามารถตื่นเองได้ไม่ยาก

2 ปานกลาง

มีความผิดปกติปานกลางในการนอนและการตื่น ตื่นกลางดึกบ่อยและนานขึ้น ผู้ป่วยนอน กลางวันบ่อยและนานขึ้นหรือหลับระหว่างการประเมิน ต้องการกระตุ้นแรงเพื่อให้ตื่นเป็นปกติอย่างเต็มที่

3 รุนแรง

มีความผิดปกติรุนแรงในการนอนและการตื่น ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืน และใช้เวลาส่วนใหญ่นอนในเวลากลางวันหรือระหว่างการประเมิน ไม่สามารถตื่นอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะกระตุ้นอย่างไร

จากแบบประเมิน MDAS จะสังเกตได้ว่าข้อคำถามจะถูกแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ

1. ข้อคำถามที่ต้องประเมินขณะสัมภาษณ์

ข้อ 2 DISORIENTATION

ข้อ 3 SHORT-TERM MEMORY

ข้อ 4 IMPAIRED DIGIT SPAN

2. ข้อคำถามที่ต้องสังเกตตลอดการประเมิน

ข้อ 1 REDUCED LEVEL OF CONSCIOUSNESS (AWARENESS)

ข้อ 5 REDUCED ABILITY TO MAINTAIN AND SHIFT ATTENTION

ข้อ 6 DISORGANIZED THINKING

ข้อ 9 DECREASED OR INCREASED PSYCHOMOTOR ACTIVITY

ข้อ 10 SLEEP-WAKES CYCLE DISTURBANCE (DISORDER OF AROUSAL)

3. ข้อคำถามที่ต้องสังเกตระหว่างการประเมินและจากการซักประวัติของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย รวมถึงพยาบาล ผู้ดูแลและแพทย์เจ้าของไข้

ข้อ 7 PERCEPTUAL DISTURBANCE

ข้อ 8 DELUSIONS

ข้อ 9 DECREASED OR INCREASED PSYCHOMOTOR ACTIVITY

ข้อ 10 SLEEP-WAKES CYCLE DISTURBANCE (DISORDER OF AROUSAL)

วิธีการแปลผลการประเมิน

การรวมแบบประเมิน มี 2 วิธี

1. ให้รวมคะแนนจากทุกข้อคำถาม = คะแนนแบบประเมิน MDAS ทั้งฉบับ
 2. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการต่างๆที่ไม่สามารถประเมินได้ในขณะนั้น หรือ จากการซักประวัติแล้วผู้ประเมินคิดว่า ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการประเมิน ดังนั้นให้ผู้ประเมินสามารถเพิ่มคะแนนตามสัดส่วน (Prorate) ได้
- * การรวมคะแนนจำเป็นจะต้องตามทำวิธีที่ 1 ก่อน หากไม่สามารถทำวิธีที่ 1 ได้ ให้ทำวิธีที่ 2

วิธีการคิดคะแนนเพิ่ม [คะแนนจริงที่ได้จากการประเมิน คูณด้วย 10 แล้วหารด้วย จำนวนข้อคำถามที่ผู้ประเมินนั้น ประเมินจากผู้ป่วยได้] = คะแนนแบบประเมิน MDAS ทั้งฉบับ

การแปลผลคะแนน

คะแนน MDAS < 9	No delirium
คะแนน MDAS 9 - 13	Mild delirium
คะแนน MDAS 14 - 18	Moderate delirium
คะแนน MDAS 19 - 25	Severe delirium
คะแนน MDAS 26 - 30	Profound delirium

นายวัฒนชัย กลั่นกลิ้ง นักจิตวิทยาคลินิก ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail, watanachai.kla@mahidol.ac.th, Tel 02-419-9679

ได้รับการอนุเคราะห์งานวิจัยโดย

1. ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศูนย์วิจัยเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล