



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

สุภาวดี แก้วสินธุ์* และ ศิริพันธ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข และในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบการหาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันและแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีความเที่ยงเท่ากับ .83 และ .79 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขและแบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยวิธีการวัดซ้ำ มีความเที่ยงเท่ากับ .77 และ .97 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 34 คน จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45 2) ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ระดับความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 9.277, 10.020, r_{pb} = .216, \chi^2 = 9.000, 9.568, 3.874$ ตามลำดับ) 3) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (AOR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276) ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (AOR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579) ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (AOR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337) ภาวะเลือดออกในสมอง (AOR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151) และภาวะซึมเศร้า (AOR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998) โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 37 (Nagelkerke $R^2 = .370, p < .05$)

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมให้การพยาบาล เฝ้าระวัง และป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน/ แผนกฉุกเฉิน/ ผู้สูงอายุ



Predictive Factors of Delirium in Older Persons at Emergency Department

Supawadee Keawsin* and Siriphun Sasat**

Abstract

Purpose: to study predictive factors related to delirium in older persons at emergency department

Design: Prospective descriptive predictive research

Methods: Data were collected from 220 older persons. Who were according to the specified qualifications. Research instruments were demographic questionnaires, 4 A's Test for Delirium Screening: 4AT, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE, Numeric rating scale: NRS. And Pain assessment in advanced dementia, PAINAD. Which were tested for reliability. Cronbach's alpha coefficient was .83, .79 respectively. test-retest procedure reliability was .77, .97 respectively. Data were analyzed using binary logistic regression.

Results: The finding revealed that 1) delirium in older persons at emergency department are 34 people from the total sample size of 220 people. Representing 15.45 percent 2) Cognitive impairment, history of stroke, emergency department length of stay, pain, intracranial hemorrhage, and depression were significantly positive correlated with delirium in older persons at emergency department at level of .05 ($\chi^2 = 9.277, 10.020, r_{pb} = .216, \chi^2 = 9.000, 9.568, 3.874$ respectively) 3) Cognitive impairment (AOR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276), History of stroke (AOR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579), emergency department Length of stay (AOR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337), intracranial hemorrhage (AOR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151), and depression (AOR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998) were significantly factors predicting delirium in older persons at emergency department at the level of .05 and accounted for 37 percent (Nagelkerke $R^2 = .370, p < .05$).

Conclusion: result finding can serve as guidelines for developing programs for nursing care, monitoring, and prevention of the risk of acute confusion in the elderly who receive services in emergency departments.

Keywords: delirium/ emergency department/ older persons

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(1) : 26-38

Article info: received December 4, 2023; revised March 1, 2024; accepted March 10, 2024

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani-srisataphat Building, Pathum Wan, Bangkok Thailand 10330, and Research Advisor.

E-mail: koy-supawadee@hotmail.com



บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusion state หรือ delirium) เป็นความผิดปกติทางความคิด ระดับความรู้สึกตัว ความจำและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน¹ ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล² โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 50³ จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นด่านแรกของการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวน 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกฉุกเฉินทั้งหมด ซึ่งในจำนวนผู้สูงอายุนี้ พบอัตราความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 7-35 ในต่างประเทศ⁴ และร้อยละ 12 ในประเทศไทย⁵

สถานการณ์ของแผนกฉุกเฉินมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือ แผนกฉุกเฉิน เป็นส่วนแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา มีความเร่งด่วนในการรักษาตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนมาก⁶ ทำให้แผนกฉุกเฉินมีสภาพแวดล้อมที่มีความแออัด เสียงดัง และสถานการณ์ความเครียด ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยเหล่านี้มีอาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านพฤติกรรมและระดับความรู้สึกตัวในผู้สูงอายุ เช่น อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง พฤติกรรมก้าวร้าว โวยวาย ดึงสายอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น⁷ ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน และระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุในแผนกฉุกเฉิน พบว่า มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์หลังตกหล่นขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 96 มีการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันสูงขึ้น และมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ ดังนั้น จึงเห็นถึงความจำเป็นในการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสน

เฉียบพลันตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยมารับบริการในแผนกฉุกเฉิน⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เกิดจากโรคทางกายและปัจจัยทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัจจัยที่เกิดจากการดูแลของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออกในสมอง และความปวด^{4,8} เป็นปัจจัยทางกายภาพที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในหลากหลายบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งพบแนวโน้มว่าส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้สูง มีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน ด้านปัจจัยทางด้านจิตใจคือ ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแฝงที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยทางกายร่วมด้วย มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดอาการภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ แต่ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ยังไม่ได้ได้รับการศึกษาในบริบทของแผนกฉุกเฉินที่เพียงพอที่จะสรุปได้อย่างชัดเจน และปัจจัยด้านการดูแลของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ คือ ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ซึ่งมีความน่าสนใจเนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดการทำได้มากที่สุด แต่มีเพียงงานวิจัยบางส่วนที่สนับสนุนความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ^{9,10}

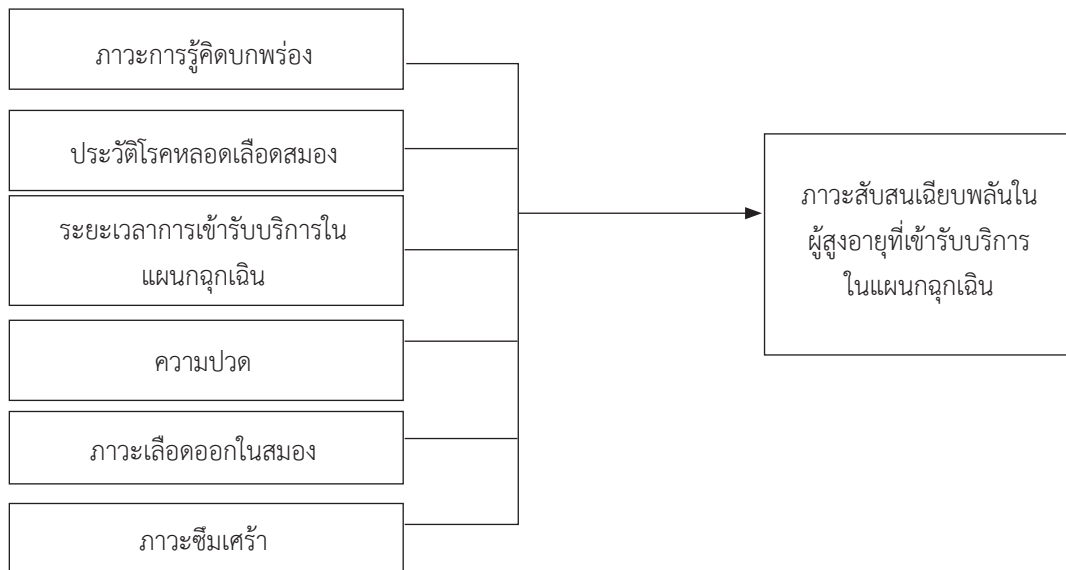
จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยในประเทศไทยยังพบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินจำนวนน้อย และยังมีข้อมูลไม่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการต่อยอดการศึกษาวิจัย โดยศึกษาปัจจัยทำนาย



การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่พยาบาลควรตระหนักเพื่อเข้าใจสาเหตุ และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งที่รวมถึงใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน โดยพิจารณาเลือกตัวแปรที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันมาศึกษา คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา

การเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้ากับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน



คำถามการวิจัย

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเป็นอย่างไร
2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กันอย่างไร
3. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน
2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประสิทธิภาพการตัดสินใจ ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Prospective descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุทุกประเภทในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เก็บข้อมูลในวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน จากการศึกษาความชุกของการเกิด (Sample size for estimate prevalence) โดยใช้กฎ Rule of thumb¹⁰

$$Zn = 100 + xi$$
 เมื่อ i คือ EPV (event per variable)

การเกิดเหตุการณ์ต่อตัวแปร โดยค่า EPV อยู่ระหว่าง 10-50 โดยมีค่ามาตรฐานต่ำสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ 20¹⁰

X คือ จำนวนตัวแปร (the number of independent variables in the final model)

$$n = 100 + 20(6)$$

$$n = 220 \text{ คน}$$

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลใช้การคำนวณตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ในระยะเวลา 1 ปี คือ พ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินดังนี้ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 27,244 คน โรงพยาบาลราชวิถี 18,098 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 14,613 คน แบ่งตามขนาดสัดส่วน ได้โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 65 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 55 คน รวม 220 คน



การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีประวัติภาวะพร่องทางด้านจิตเวชก่อนการวิจัยครั้งนี้ เช่น การติดยาเสพติด ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง
2. สามารถสื่อสารพูดภาษาไทยได้ ไม่มีหูหนวก ตาบอด
3. มีญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลไม่ต่ำกว่า 10 ปี
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือบาดเจ็บสาหัส (เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น)
2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่หรือผู้ป่วยที่แม้มีอาการแต่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (เช่น ขณะดูแลการร่าจะมีอาการชัก หรือจะมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเพ่งหายจากอาการ เจ็บแน่นหน้าอกไม่นาน เป็นต้น)
3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ในขณะที่ทำแบบประเมิน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก, อาการใจสั่น หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ เป็นต้น หรือ มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกเครียด รู้สึกเหนื่อยล้า ปวดหัว หรือเวียนศีรษะพัก 15-20 นาที แล้วอาการไม่ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติเป็นผู้ตอบ มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

1.2 แบบบันทึกประวัติการความเจ็บป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย วันที่

เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน การวินิจฉัยโรค ภาวะเลือดออกในสมอง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัว การจำหน่ายผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือคัดกรองภาวะ Delirium และ Cognitive impairment ฉบับภาษาไทย ที่ สัญชัย กุลชาติ และธนาวิติ ประชาสันต์ (2559)¹¹ แปลมาจาก เครื่องมือ Arousal, Attention, Abbreviated Mental Test-4, Acute change ของ Bellelli และคณะ (2014) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) ความตื่นรู้ตัว 2) การรับรู้ 4 แบบ 3) การใส่ใจ 4) อาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันหรือการดำเนินโรคขึ้น ๆ ลง ๆ มีค่าคะแนน 0-12 คะแนน โดยการแปลคะแนน คือ กำหนดคะแนนที่มากกว่าเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แปลและพัฒนาโดย สุคนธา สิริและคณะ (2007)¹² เป็นแบบทดสอบที่ใช้ถามญาติที่ดูแลผู้สูงอายุมาประมาณไม่ต่ำกว่า 10 ปี ข้อคำถามมีทั้งหมด 8 ข้อ โดยให้ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาปัจจุบันของผู้สูงอายุ โดยการคิดคะแนน คือ ดีขึ้นมาก เท่ากับ 1 คะแนน ดีขึ้นเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เปลี่ยนแปลง เท่ากับ 3 คะแนน แย่ลงเล็กน้อย เท่ากับ 4 คะแนน และแย่ลงมาก เท่ากับ 5 คะแนน ต่อจากนั้นก็หาคะแนนเฉลี่ย ด้วยการนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด การแปลผล ถ้าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.44 แสดงว่าผิดปกติ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่ง



ประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย (2554)¹³ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .77 และในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของ Warden และคณะ (2003) แปลโดย Boonsawat และคณะ (2020)¹⁴ เป็นการประเมินผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ความจำบกพร่องรุนแรง หรือมีระดับความรู้สึกลดน้อย หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช โดยได้รับอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 215/2566 (IRB1) วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2566 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้รับการอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย Q006q/66 วันที่รับรอง 12 มิถุนายน 2566 และโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่โครงการวิจัย 66134 วันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล จึงได้ติดต่อและเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลห้องฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติตามเกณฑ์และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเริ่มต้นการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (4 A's Test for Delirium Screening: 4AT) เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังจากการประเมินจะสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันดังนี้

2.1 กลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS)

2.2 กลุ่มที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.2.1 กรณีที่สามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS)

2.2.2 กรณีที่ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจะประเมินข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ตามแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pain assessment in advanced dementia, PAINAD)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ใช้ประวัติจากเวชระเบียน เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายนั้น รวมถึงขออนุญาตหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกฉุกเฉินหรือแพทย์เจ้าของไข้ในการเข้าถึงข้อมูลจากประวัติที่บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์



4. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการบันทึกทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมา ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติ บรรยายความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการ รู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนก อุบัติเหตุด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนก อุบัติเหตุกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในแผนกฉุกเฉิน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของภาวะการ รู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการ เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออก ในสมอง และภาวะซึมเศร้า กับภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน โดยใช้สถิติถดถอย โลจิสติกทวิ (binary logistic regression) และ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในแผนกฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 15.45 จากจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศ หญิง ร้อยละ 58.8 อายุเฉลี่ย 82 ปี มีระยะเวลาการเข้า รับบริการในแผนกฉุกเฉิน เฉลี่ย 3,226 นาที ได้รับการ วินิจฉัยโรคในครั้งนี้มากที่สุด คือ Pneumonia คิดเป็น ร้อยละ 26.47 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97 และมีประวัติ โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 20.59 ได้รับเข้าเป็นผู้ป่วย ใน (สามัญ) คิดเป็นร้อยละ 70.58

2. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือด สมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ความปวด ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูง อายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ($p = .001$, $p = .002$, $p = .001$, $p = .029$, $p = .002$, $p = .049$ ตามลำดับ)

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนก อุบัติเหตุ ได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการ ในแผนกฉุกเฉิน ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึม เศร้า โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 37 (Nagelkerke $R^2 = .370$, $p < .05$)

จากตารางที่ 1 พบว่า อัตราการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (n=220)

ภาวะสับสนเฉียบพลัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	34	15.45
ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	186	84.55



ตารางที่ 2 แสดงอำนาจทำนายของภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (n=220)

ตัวแปรที่ศึกษา	Exp (β)	S.E	Wald	95% C.I.for		sig
				Exp (β)		
				Lower	Upper	
ภาวะเลือดออกในสมอง	14.720	.877	9.397	2.637	82.151	.002
ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	7.250	.746	7.054	1.681	31.276	.008
ภาวะซึมเศร้า	6.957	.866	5.015	1.274	37.998	.025
ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน	6.668	.543	12.201	2.300	19.337	.000
ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง	4.739	.573	7.363	1.540	14.579	.007
Constant	5.471	.187	83.014			.000

Nagelkerke $R^2 = .370$, Chi square = 52.915 Predictive correct = 86.4%, $p < .05$

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มี 5 ปัจจัยได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน คือ ความปวด

ภาวะการรู้คิดบกพร่อง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted OR=7.25, 95% CI : 1.681-31.276, $p<.05$) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีภาวะการรู้คิด

บกพร่องอยู่ก่อนการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า ทั้งนี้การพบภาวะการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมด สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น สมองจะเริ่มทำงานถดถอยลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมความรู้คิดที่เปลี่ยนไป สูญเสียความริเริ่ม ความจำต่าง ๆ และนำไปสู่อาการภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bo และคณะ¹⁴ ที่พบว่า ภาวะรู้คิดบกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรงสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 6 เท่า (OR 5.47; 95% CI 2.76–10.85)

ประวัติโรคหลอดเลือดในสมอง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted OR=4.74, 95% CI : 1.540-14.579, $p<.05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองอยู่



ก่อนการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 5 เท่า โดยเมื่อผู้สูงอายุมีประวัติของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ก่อนอาจส่งผลให้สมองมีพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไม่สมบูรณ์ หรือยังคงหลงเหลืออาการและการแสดงที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ซ้ำ หากการดูแลพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือมีความดันโลหิตสูงมากขึ้น จากการเจ็บป่วยหรือความเครียดอย่างเฉียบพลันทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennedy และคณะ⁶ พบว่า การมีประวัติภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 3 เท่า (OR 3.3; 95% CI: 1.7-6.2)

ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า (Adjusted OR=6.67, 95% CI : 2.300-19.337, $p<.05$) โดยผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน มีการบาดเจ็บที่รุนแรง ย่อมมีการตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติมที่มากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น ซึ่งการตรวจเพิ่มเติมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินใช้เวลาในการรอยาวนานที่มากกว่าปกติ รวมถึงสิ่งแวดล้อมในแผนกฉุกเฉินมีความแออัด ความเครียดและความกดดัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Émond และคณะ⁹ พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันภายใน 24 ชั่วโมงแรก คิดเป็นร้อยละ 41.2 และเริ่มมีอาการในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในแผนกฉุกเฉิน และจากการศึกษาของ Bo และคณะ¹⁵ พบว่า ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่ ≥ 12 ชั่วโมง เป็นหนึ่งในตัวทำนายอิสระที่มีค่าเชื่อมั่นสูงในการเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุ อีกทั้ง ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระยะ

เวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน > 10 ชั่วโมงและการเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ภาวะเลือดออกในสมอง สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเลือดออกในสมองจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 15 เท่า (Adjusted OR=14.72, 95% CI : 2.637-82.151, $p<.05$) ซึ่งการที่หลอดเลือดในสมองหรือหลอดเลือดระหว่างสมองแตกออกทำให้เลือดไปสะสมและรั่วเข้าไปกดอัดเนื้อเยื่อสมองเป็นภาวะที่มีเลือดออกในเนื้อสมองอย่างกะทันหัน ทำให้มีเลือดคั่งอยู่ภายในสมอง ส่งผลให้สมองทำงานบกพร่องเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ¹⁶ ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kennedy และคณะ⁶ พบว่า การเกิดภาวะเลือดออกในสมองสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 8 เท่า (OR 8.4; 95% CI 1.8-4.0) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zipser และคณะ¹⁷ พบว่า ภาวะเลือดออกในสมองสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ 2 เท่า (OR 1.90; CI 1.23-2.94, $p=0.004$)

ภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ก่อนการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 7 เท่า (Adjusted OR=6.96, 95% CI : 1.274-37.998, $p<.05$) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองทำงานผิดปกติ พันธุกรรม ลักษณะนิสัย สภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความเครียดหรือความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์ และระดับฮอร์โมนในร่างกาย ระบบประสาททำงานได้แย่ง



จนทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Falk และคณะ¹⁸ พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.31$, 95% CI : 1.37-3.90, $p<.05$)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปวดไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้ ($p=.205$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะได้รับการประเมินอาการปวดตั้งแต่แรกรับที่ผู้ป่วยมายังแผนกฉุกเฉิน หากมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงผู้ป่วยจะได้รับการให้ยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ ความเจ็บปวดอย่างทันที โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น ปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งเมื่อประเมินการเจ็บปวดทำให้มีระดับความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้รับไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ภาวะซึมเศร้า เช่น การมีแบบคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า ในช่วงแรกรับผู้สูงอายุในแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาล

สามารถเฝ้าระวัง/ติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินอย่างใกล้ชิด อีกทั้งดูแลกระบวนการบริการให้มีความกระชับเพื่อลดระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอด โดยการจัดกระทำทางพยาบาล ในปัจจัยเกี่ยวกับภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้น พยาบาลสามารถประเมินและสังเกตการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และสามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3. ควรมีการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ต่อความรุนแรงของการเกิดอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้เห็นความชัดเจนของปัจจัยเสี่ยง และสามารถเพิ่มการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ตัวแปรระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน อาจมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องนอนค้างอยู่ในแผนกฉุกเฉินมีจำนวนมาก อาจเนื่องจากปัจจัยของความจำกัดของจำนวนเตียงภายในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาในการติดต่อประสานงานเพื่อย้ายไปโรงพยาบาลอื่น การรอผลตรวจการวินิจฉัยเพิ่มเติม การปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางหลายแผนก ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีระยะเวลาในการอยู่แผนกฉุกเฉินเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นจึงส่งผลให้ระยะเวลาการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินมีระยะเวลายาวนานมากกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ



References

1. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AM, et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers. 2020; 6(1):90.
2. Caplan GA, Kurrle SE, Cumming A. Appropriate care for older people with cognitive impairment in hospital. Med J Australia. 2016;205(S10):S12-S5.
3. Kespichayawattana J, Suvinee Wivatvanit S. Elderly care in the emergency department. J Nursing Science Chulalongkorn University. 2011;23(2): 1-12.
4. Oliveirae J. e Silva L, Berning MJ, Stanich JA, Gerberi DJ, Murad MH, Han JH, et al. Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Ann Emerg Med. 2021;78(4):549-65.
5. Sri-on J, Tirrell GP, Vanichkulbodee A, Niruntarai S, Liu SW. The prevalence, risk factors and short-term outcomes of delirium in Thai elderly emergency department patients. Emerg Med J. 2016;33(1):17-22.
6. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. PloS One. 2018;13(8):e0203316.
7. Tran NN, Hoang TPN, Ho TKT. Diagnosis and risk factors for delirium in elderly patients in the emergency rooms and intensive care unit of the national geriatric hospital emergency department: A cross-sectional observational study. Int J Gen Med. 2021;14:6505-15.
8. Kennedy M, Enander RA, Tadiri SP, Wolfe RE, Shapiro NI, Marcantonio ER. Delirium risk prediction, healthcare use and mortality of elderly adults in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2014;62(3):462-9.
9. Émond M, Grenier D, Morin J, Eagles D, Boucher V, Le Sage N, et al. Emergency department stay associated delirium in older patients. Can Geriatr J. 2017;20(1):10-4.
10. Bujang MA, Sa'at N, Bakar TMITA, Joo LC. Sample size guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. MJMS. 2018;25(4):122-30.
11. 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.
12. Siri, S., Okanurak, K., Chansirikanjana, S., Kitiyaporn, D., & Jorm, A.F. (2006). Modified informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006;37(3),587-594.



13. Royal College of Anesthesiologists of Thailand, and the Pain Education Association of Thailand. Guidelines for developing acute pain relief after surgery, 2nd edition. 2019. Bangkok: Royal College of Anesthesiologists of Thailand.
14. Boonsawat N, Suraarunsumrit P, Mandee S, Pitiyan S, Pengsorn N, Srinonprasert V, et al. Reliability “and Validity Study of the Thai version of the Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAINAD-Th). *Int Psychogeriatr*. 2020;32(S1):188.
15. Bo M, Bonetto M, Bottignole G, Porrino P, Coppo E, Tibaldi M, et al. Length of stay in the emergency department and occurrence of delirium in older medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(5):1114-9.
16. Inouye SK. Delirium in older persons. *NEJM*. 2006;354(11):1157-65.
17. Zipser CM, Deuel J, Ernst J, Schubert M, von Känel R, Böttger S. The predisposing and precipitating risk factors for delirium in neurosurgery: a prospective cohort study of 949 patients. *Acta Neurochir*. 2019;161(7):1307-15.
18. Falk A, Kåhlin J, Nymark C, Hultgren R, Stenman M. Depression as a predictor of postoperative delirium after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2021;32(3):371-9.