

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ[1]

SELECTED FACTORS RELATED TO PREHOSPITAL TIME IN ELDERLY WITH SEPSIS

ฐิติมา แซ่อึ้ง[2] ยุพา วงศ์รสไตร[3]

Thitima Sae-ung Yupha Wongrostrai

[1]วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

A part of a thesis, Master's Degree of Nursing Science, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Graduated student in Master's Degree of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand

[3]อาจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Lecturer, Ph.D. (Nursing), Department of Medicine and Surgery, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand

[3]Corresponding author E-mail: yupha@nmu.ac.th

Received: *April 2, 2022* Revised: *June 1, 2022* Accepted: *June 24, 2022*

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 87 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .828, .827, และ .718 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีค่ามัธยฐานระยะเวลามารับการรักษาเท่ากับ 62.20 ชั่วโมง (*IQR*= 62.5) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การรับรู้ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s= -.446, r_s= -.371, r_s= -.342, r_s= -.276, และ r_{pb}= -.239 ตามลำดับ) ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักถึงการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านลักษณะอาการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจน

ส่งเสริมการจัดการอารมณ์ขณะเผชิญกับอาการอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ระยะเวลามารับการรักษา, ผู้สูงอายุ, พิษเหตุติดเชื้อ

Abstract

This correlational study aimed to examine the factors related to the prehospital time among 87 elderly patients with sepsis, who were admitted to medical wards in two tertiary level hospitals in Bangkok between July and October 2021, using purposive sampling. The research instruments consisted of a revised-Thai version of the multidimensional scale questionnaire about perceived social support, a brief illness perception questionnaire, and sepsis knowledge questionnaires, which were tested for their content validity by five experts. The reliability values were .828, .827, and .718, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, point biserial correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the elderly with sepsis had a median prehospital time equal to 62.60 hours (*IQR*= 62.15). The correlation indicated that knowledge about sepsis, perception of illness identity, emotional illness representation, social support, and experience with sepsis were correlated with prehospital time in elderly with sepsis, which was statistically significant at a level of .05. (r_s= -.446, r_s= -.371, r_s= -.342, r_s= -.276, and r_{pb}= -.239, respectively) Therefore, nurses and healthcare providers should focus on educating and promoting accurate awareness of sepsis, particularly in terms of symptoms for patients and their families, as well as promoting appropriate emotional management when facing symptoms to help the elderly with sepsis to receive faster treatment.

Keywords: prehospital time, elderly, sepsis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะระบบต่าง ๆ ที่คุกคามต่อชีวิตจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อที่ผิดปกติของร่างกาย (Singer et al., 2016) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั่วโลก จากสถิติใน ปี ค.ศ. 2017 พบผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อทั่วโลกสูงถึง 48.9 ล้านราย ในจำนวนนี้ 11 ล้านราย เสียชีวิต (Rudd et al., 2020) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 30 รายต่อแสนประชากรต่อปี เขตกรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุมากที่สุดในประเทศ (Strategy and Planning Division-Ministry of Public Health, 2019) และพบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากชุมชน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 ร้อยละ 53.82 56.92 และ 58.33 ตามลำดับ (Health Data Center-Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี ทั้งนี้ อุบัติการณ์เกิดและอัตราการเสียชีวิตนั้น เพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 13 เท่า ส่วนผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวประมาณ 30 เท่า ร่วมกับมีอาการที่รุนแรงและยาวนาน แต่มีอัตราการรอดชีวิตมีเพียงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอื่น ๆ (Pornsirirat, 2015) อาจเนื่องจากความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกายจากภาวะสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่หลากหลาย และไม่จำเพาะเจาะจงต่อโรคหรืออวัยวะระบบใดชัดเจน (Liang, 2016) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้ออาจไม่มีไข้เหมือน

ผู้ป่วยทั่วไปเพราะการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง แต่อาจพบอาการสูงอายุแทน เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารได้น้อย เวียนศีรษะ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรือสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว เป็นต้น เป็นเหตุให้ลักษณะอาการบางอย่างถูกมองข้ามไป (Sasat, 2021) นอกจากนี้ ยังพบอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความล่าช้าในการคิดและตัดสินใจ มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูล และการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง (Chattaris & Muangpaisan, 2018) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมารับการรักษาล่าช้า

หลักสำคัญในการรักษาภาวะพิษเหตุติดเชื้อ คือ การให้ยาปฏิชีวนะและกำจัดแหล่งติดเชื้อโดยเร็วที่สุด หากผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าหรือไม่ได้รับการควบคุมการติดเชื้ออย่างเหมาะสม จะทำให้กระบวนการอักเสบรุนแรงมากขึ้น จนเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และเสียชีวิตในที่สุด (Permpikul, 2018) ซึ่งความล่าช้าในการได้รับยาปฏิชีวนะทุก ๆ 1 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกแย่ลงร้อยละ 7 (Seymour et al., 2017) และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 (Liu et al., 2017) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อก่อนมารับการรักษาหลายชั่วโมงหรือหลายวัน จะมีอาการทรุดลงภายใน 6 - 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่มาถึงแผนกฉุกเฉิน (Bunyaphatkun, 2015) ความล่าช้าในการมารับการรักษาทำให้ผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในห้องฉุกเฉินยาวนาน นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Sri-on, 2017) อีกทั้งมีความบกพร่องทางสติปัญญาในระยะยาวเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจนสูญเสียอิสระในการใช้ชีวิต และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Prescott & Angus, 2018) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อมารับการรักษาในทันทีที่รับรู้ถึงอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สังคม และเศรษฐกิจได้

การมารับการรักษาเป็นพฤติกรรมการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วยของบุคคล ตามแนวคิดสามัญสำนึกในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (The common-sense model of self-regulation of health and illness) ของ Leventhal, Brissette, and Leventhal (2003) ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล สิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคล การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ โดยมีระยะเวลามารับการรักษาเป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะประชากรและสังคม สิ่งแวดล้อม การรับรู้ความเจ็บป่วย และผลการตรวจทางคลินิก

นอกจากนี้ ระยะเวลามารับการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ และแนวทางการรักษาจะมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว 2) ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การมีอาการหรือเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีที่แตกต่างจะมีระยะเวลามารับการรักษาแตกต่างกัน (Samoraphop et al., 2020) 3) การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้อาการที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่าง

เหมาะสม ทำให้มีแนวโน้มมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว (Falaha et al., 2016; Makam et al., 2016; Yanagida et al., 2014) 4) วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า การขอใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการผิดปกติจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และลดระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุได้ (Makam et al., 2016; Yanagida et al., 2014) 5) การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการกับภาวะคุกคามทางสุขภาพของบุคคล พบว่า ความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว (Pinphat, Puwarawuttipanit, Sriprasong, & Rongrungruang, 2022) และ 6) การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าลักษณะอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตจะรีบมารับการรักษาทันทีที่เกิดอาการ ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้จะรอดูอาการและมารับการรักษาล่าช้า นอกจากนี้การรับรู้ถึงสาเหตุที่ไม่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับอาการอย่างไม่เหมาะสมและมารับการรักษาล่าช้า (Pinphat et al., 2022) และผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าช่วงเวลาใดควรไปรับการรักษาจะมีแนวโน้มมารับการรักษามากกว่าผู้ที่ขาดการรับรู้ 1.95 เท่า (Falaha et al., 2016) ดังนั้น ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจึงมีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเรื่องระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าเป็นอย่างไร หรืออาจมีรายงานแทรกอยู่บ้างในผลวิจัยของบางการศึกษา ดังนั้นการศึกษาในประเด็นดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงลักษณะปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในบริบทสังคมเมืองของประเทศไทย ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อลดระยะเวลามารับการรักษาตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมหรืองานวิจัยเชิงทดลองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

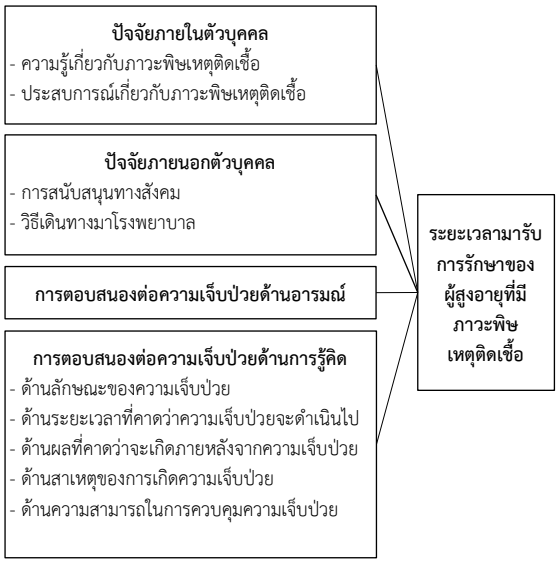
1. เพื่อศึกษาระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

สมมุติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรตามกรอบแนวคิดสามัญสำนึกในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมจำแนกเป็นองค์ประกอบได้ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง เขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะพิษเหตุติดเชื้อและรับตัวไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญอย่างน้อย 24 ชั่วโมงขึ้นไป 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยทำแบบทดสอบ Mini-Cog Thai version (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) ซึ่งต้องได้ ≥ 4 คะแนน 4) มีอาการคงที่และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 5) ไม่ได้ส่งต่อมาเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องจากสถานพยาบาลอื่น

เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อซ้ำในระหว่างการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 (Kang, 2021) กำหนดการทดสอบสมมุติฐานเป็นแบบ one-tailed ค่าความคลาดเคลื่อน .05 อำนาจการทดสอบ .90 และขนาดอิทธิพล .33 ซึ่งอ้างอิงค่า *r* จากงานวิจัยของ Tanner (2012) ได้ขนาดตัวอย่าง 75 ราย เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2018) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 87 ราย แล้วแบ่งสัดส่วนตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกแต่ละโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2563 ได้ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 43 ราย และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 44 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดกรอง คือ แบบทดสอบ Mini-Cog Thai version พัฒนาโดย Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, and Dokmak (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Trongsakul et al. (2015) เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยทดสอบการจดจำคำและวาดรูปนาฬิกา คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 5 คะแนน หากคะแนนรวม < 4 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อมและภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และสมาชิกในครอบครัว และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและระยะเวลามารับการรักษา ประกอบด้วย บุคคลที่ร่วมตัดสินใจว่าต้องมาโรงพยาบาล บุคคลที่พามาโรงพยาบาล ประสบการณ์เกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล โรคประจำตัว ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ อาการเริ่มต้น

ของความเจ็บป่วย เวลาที่เริ่มเกิดอาการดังกล่าว อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล เวลาที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาล เวลาที่เริ่มเดินทางมาโรงพยาบาล เวลาที่มาถึงโรงพยาบาล และระยะเวลามารับการรักษา

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อของ Broadbent et al. (2006) พัฒนามาจากแนวคิดของลีเวนทาล แปลเป็นภาษาไทยโดย Thepphawan (2010) เพื่อประเมินการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด 5 ด้าน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 0 - 10 คะแนน และคำถามปลายเปิด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .925 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .827

2.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาโดย Eitze, Fleischmann-Struzek, Betsch, and Reinhart (2018) เพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง อาการ และแนวทางการรักษาภาวะพิษเหตุติดเชื้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมมาคิดเป็นร้อยละและแบ่งระดับความรู้ออกเป็นระดับต่ำ (0 - 59%) ระดับปานกลาง (60 - 79%) และระดับสูง (80 - 100%) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .718

2.4 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran et al. (2011) และปรับปรุงโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และบุคคลพิเศษ มี 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 7 ระดับ แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นระดับต่ำ (1.0 - 2.9 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 - 5 คะแนน) และระดับสูง (5.1 - 7.0 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .828

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ (KFN-IRB2021-12) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ (COA-NMD-REC028/64) และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 097/2564) หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากตัวอย่างตามขั้นตอนที่ยื่นเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยปกปิดข้อมูลตัวอย่างด้วยการลงรหัสแทนชื่อ-สกุล และตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมของประชากร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม - 18 ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยเข้าพบตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูล ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ประเมินภาวะสมองเสื่อมและพุทธิปัญญาบกพร่องด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog Thai version และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาคนละประมาณ 25 - 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แล้ววิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และปัจจัยคัดสรรวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ระยะเวลามารับการรักษาโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median: *Mdn*) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: *IQR*) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีลักษณะเบ้ขวา และ

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะเวลามารับการรักษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ จำนวน 87 ราย คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.9) มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 41.4) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.83 ปี (*SD* = 9.46) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 44.8) และสำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.8) ที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.8) ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ ระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 34.5) อาการเริ่มต้นของการเจ็บป่วยที่กล่าวถึงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีไข้ (ร้อยละ 39.1) อ่อนเพลียไม่มีแรง (ร้อยละ 34.5) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 23) ตามลำดับ ส่วนอาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล คือ มีไข้สูง (ร้อยละ 48.3) เหนื่อยหอบ (ร้อยละ 46) และอ่อนเพลียไม่มีแรงมากขึ้น (ร้อยละ 23) ตามลำดับ มากกว่าครึ่งมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ร่วมตัดสินใจว่าต้องมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 55.2) และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ (ร้อยละ 75.9)

2. ค่ามัธยฐานของระยะเวลามารับการรักษานับตั้งแต่รับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งเดินทางมาถึงแผนกฉุกเฉินเท่ากับ 62.60 ชั่วโมง (*IQR* = 62.15) ระยะเวลามารับการรักษาสั้นที่สุด คือ 2 ชั่วโมง และนานที่สุด คือ 336 ชั่วโมง

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมาก่อน (ร้อยละ 58.6) มากกว่าครึ่งเดินทางมาโรงพยาบาลโดยใช้รถส่วนตัวหรือรถโดยสารสาธารณะ (ร้อยละ 77) มีความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ (*M* = 5.09, *SD* = 2.13) มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.60, *SD* = .86) มีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ทางลบ (*M* = 11.62, *SD* = 6.21) และมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดรายด้าน คือ การรับรู้ในระดับรุนแรง 1 ด้าน คือ ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย (*M* = 6.97, *SD* = 2.48) และการรับรู้ในระดับไม่รุนแรง 3 ด้าน คือ ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป (*M* = 4.93, *SD* = 2.28) การรับรู้ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังได้รับความเจ็บป่วย (*M* = 5.00, *SD* = 3.22) และการรับรู้ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย (*M* = 10.82, *SD* = 3.45) และมีการรับรู้ด้านสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 13.7) นอนติดเตียงนานช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 13.7) และมีการติดเชื้อในร่างกายเป็นเวลานานแต่ไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ 11.8) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การรับรู้ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_s= -.446, r_s= -.371, r_s= -.342, r_s= -.276, และ r_{pb}= -.239 ตามลำดับ, $p < .05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (*n* = 87)

ปัจจัยคัดสรร	ระยะเวลามารับการรักษา	
	r	*p*
ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ	-.446[a]	.001
ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ	-.239[b]	.026
การสนับสนุนทางสังคม	-.276[a]	.010
วิธีเดินทางมาโรงพยาบาล	-.118[b]	.278
การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์	-.342[a]	.001
การรับรู้ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย	-.371[a]	.001
การรับรู้ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป	-.074[a]	.496
การรับรู้ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังจากความเจ็บป่วย	-.135[a]	.214
การรับรู้ด้านสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย	-.059[b]	.585
การรับรู้ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย	-.185[a]	.087

หมายเหตุ : [a]สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ตัวแปรต้นระดับ interval มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ
[b]สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) ตัวแปรต้นระดับ nominal 2 กลุ่ม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลามารับการรักษาเท่ากับ 62.60 ชั่วโมง ซึ่งการศึกษาของ Otto et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดที่ 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในการศึกษานี้ยังมีระยะเวลามารับการรักษาที่ล่าช้า เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีระยะเวลามารับการรักษามากกว่า 48 ชั่วโมง (Bunyaphatkun, 2015; Latten et al., 2019) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมาก่อน และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะความรู้ด้านลักษณะอาการ ผลการวิจัย พบว่า อาการผิดปกติที่ผู้สูงอายุรับรู้ในครั้งแรกมีหลากหลายมากถึง 22 อาการ และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วไป เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรง หายใจไม่สะดวก ไอ หรืออาเจียน ส่วนภาวะไข้ที่เป็นลักษณะเฉพาะทางคลินิกของภาวะพิษเหตุติดเชื้อพบเพียงร้อยละ 39.1 ทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าเป็นผลมาจากภาวะสูงอายุหรือโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม และเพิกเฉยต่ออาการที่เกิดขึ้น หรือรอเวลาจนกว่าจะมีอาการที่ชัดเจนหรือรุนแรงมากขึ้นจึงมารับการรักษา (Doungsuriya, Chanruangvanich, Chayaput, & Thosingha, 2021) ส่งผลให้มารับการรักษาล่าช้า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นบุตรหลานในวัยทำงานเป็นผู้ร่วมตัดสินใจในการมารับการรักษา และพามาโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องรอสมาชิกในครอบครัวกลับจากการทำงานก่อนจึงพามาโรงพยาบาล หรือรอปรึกษาก่อนตัดสินใจมารับการรักษา ส่งผลให้มีระยะเวลามารับการรักษาเพิ่มขึ้น แม้ว่าปัจจุบันมีการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลโดยนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว (Cheranakhon, 2018) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรองหรือรักษาภาวะพิษเหตุติดเชื้อเบื้องต้นก่อนถึง

โรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อความรวดเร็วในการเข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งปัจจุบันยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ (M = 5.09, SD = 2.13) โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ปัสสาวะหรืออุจจาระราดใจสั่น เวียนศรีษะ ซึมลง หรือสับสนมากขึ้น มากกว่า 1 ใน 3 ประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อต่ำกว่าภาวะหัวใจวาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Eitze et al. (2018) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากอินเทอร์เน็ต แต่พร่องความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และประเมินโอกาสการเสียชีวิตต่ำกว่าโรครุนแรงอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือพักอาศัยในเขตเมือง อาจเนื่องจากการศึกษาในระดับต่ำทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่าสถิติการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (National Statistical Office of Thailand, 2021) อย่างไรก็ตาม การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อในสื่อต่าง ๆ ยังมีอยู่อย่างจำกัดเมื่อเทียบกับภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ (Hancock, 2018) ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวน้อยลง นอกจากนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลามารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่พร่องความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะขาดความมั่นใจในอาการ ไม่แน่ใจว่าควรมารับการรักษาเมื่อใด หรือปฏิเสธอาการที่เกิดขึ้น และมีการตอบสนองต่ออาการอย่างไม่เหมาะสม เช่น รอดูอาการ บรรเทาอาการด้วยตนเอง ไปรักษาที่คลินิกหรือแพทย์พื้นบ้านก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมารับการรักษาล่าช้า (Samoraphop et al., 2020; Yanagida et al., 2014)

การรับรู้ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงลักษณะอาการและความรุนแรงของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จะมีระยะเวลามารับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวว่า หากบุคคลรับรู้ถึงชนิดของความเจ็บป่วยและความรุนแรงของอาการจะมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความคาดหวังต่อความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล อาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ในครั้งแรกมีความรุนแรงค่อนข้างน้อย ส่วนมากเป็นอาการสูงอายุที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อภาวะพิษเหตุติดเชื้อ อาจทำให้ผู้สูงอายุประเมินอาการผิดพลาด และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสม จนกว่าจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น จึงตัดสินใจมารับการรักษา (Hancock, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinphat et al. (2022) พบว่า หากผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และมีความรุนแรงจะตัดสินใจมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว และการศึกษาของ Hwang and Jeong (2012) พบว่า ผู้สุงอายุที่ขาดการรับรู้ลักษณะอาการของโรคจะตีความอาการผิดพลาด และขาดการตระหนักถึงความรุนแรงของอาการ ส่งผลให้มีระยะเวลามารับการรักษาล่าช้า

การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ซึ่งผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีสภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น กลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ ไม่สบายใจ เครียด หมดหวัง หรือซึมเศร้า เป็นต้น อาจเพราะการพร่องความรู้และประสบการณ์

เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ทำให้ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับอาการ ร่วมกับอาการไม่ทุเลาลงตามที่คาดหวัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดสภาวะอารมณ์ทางลบขณะเผชิญกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี ความสุขสบาย ความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง ความรู้สึกด้านจิตใจ อัตมโนทัศน์แห่งตน หรือบทบาทในสังคม (Thongcharoen, 2015) จึงรีบมารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinphat et al. (2022) พบว่า การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ทางลบส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อตัดสินใจมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือขณะเผชิญกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่น ๆ จะมีแนวโน้มมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น สนับสนุนแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการกำกับดูแลตนเองของบุคคลขณะเผชิญกับภาวะคุกคามทางสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ การเงิน สิ่งของ ความรู้และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน หรือคนรู้จัก รวมไปถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanner (2012) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้อาการที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับภาวะคุกคามทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น และการศึกษาของ Falaha et al. (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสมารับการรักษามากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนถึง 3 เท่า ตลอดจนการพักอาศัยอยู่ใกล้หน่วยบริการสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผู้สูงอายุที่ขาดประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อจะมีระยะเวลามารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้พฤติกรรมการมารับการรักษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์การมีอาการ การได้รับการรักษา การประกอบอาชีพในสายงานด้านสุขภาพ หรือการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในอดีตของแต่ละบุคคล (Leventhal et al., 2003) ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อมาก่อน ทำให้การตัดสินใจมารับการรักษาอาจมีความยุ่งยากซับซ้อนสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประสบการณ์แสวงหาการรักษาภาวะพิษเหตุติดเชื้อมาก่อน ส่งผลให้มีระยะเวลามารับการรักษาเพิ่มขึ้น (Hancock, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yanagida et al. (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลามารับการรักษาล่าช้า

วิธีเดินทางมาโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลามารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเพราะสภาพการจราจรติดขัดในกรุงเทพมหานครทำให้ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลทุกรูปแบบใกล้เคียงกัน ส่วนการรับรู้ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป การรับรู้ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดภายหลังจากความเจ็บป่วย การรับรู้ด้านสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระยะเวลามารับการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อาจเนื่องจากความกลัวว่าต้องนอนโรงพยาบาล และคาดหวังว่าอาการเหล่านั้นจะหายเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความลังเลในการมารับการรักษา แม้ว่าจะรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของตนเองก็ตาม (Samoraphop et al., 2020) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการตัดสินใจ และพามารับการรักษา ทำให้ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นยังไม่สามารถอธิบายระยะเวลามา

รับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การรับรู้ด้านลักษณะของความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดสามัญสำนึกในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) และสมมุติฐานวิจัยได้บางส่วน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้บ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้ที่ครอบคลุม โดยเฉพาะลักษณะอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่ถูกต้อง และการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาจัดประชุมเชิงวิชาการ เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อในผู้สูงอายุ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย โดยเฉพาะอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที รวมถึงส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่ถูกต้อง และการจัดการกับสภาวะอารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการตอบสนองต่อภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม และมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

2.2 ควรพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่ถูกต้อง ความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว และประโยชน์ของการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการผิดปกติ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมารับการรักษารวดเร็วยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ หรือเขตเมืองของภูมิภาคต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันในปัจจัยด้านลักษณะประชากร บริบททางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และถิ่นที่อยู่อาศัย เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อในประเทศไทย และสามารถนำผลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้จำเพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และนำไปสู่การจัดการเพื่อลดระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

เอกสารอ้างอิง

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: A cognitive vital signs measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(11), 1021-1027.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(6), 631-637.

Bunyaphatkun, P. (2015). *The effectiveness of emergency health care system on clinical signs in patients with sepsis* (Doctor degree of philosophy, nursing). Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Bangkok.

Chattaris, T., & Muangpaisan, W. (2018). Cognitive change in normal aging. In W. Muangpaisan (Ed.), *Challenges and solutions for healthy aging* (pp. 291-323). Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.

Cheranakhon, C. (2018). Rapid detection of sepsis. In D. Staworn, K. Piyavechviratana, & S. Poonyathawon (Eds.), *ICU everywhere* (pp. 115-127). Bangkok: The Thai Society of Critical Care Medicine.

Doungsuriya, P., Chanruangvanich, W., Chayaput, P., & Thosingha, O. (2021). Factors predicting severity of physiological deterioration among sepsis patients in emergency department. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *36*(3), 134-150.

Eitze, S., Fleischmann-Struzek, C., Betsch, C., & Reinhart, K., & the vaccination60+study group (2018). Determinants of sepsis knowledge: A representative survey of the elderly population in Germany. *Critical Care*, *22*(1), 273-273.

Falaha, T., Worku, A., Meskele, M., & Facha, W. (2016). Health care seeking behaviour of elderly people in rural part of Wolaita zone, Southern Ethiopia. *Health Science Journal*, *10*(4), 12-17.

Hancock, R. D. (2018). *Qualitative analysis of older adult' experiences with sepsis* (Doctor degree of philosophy, nursing). The School of Nursing, Indiana University.

Health Data Center, Ministry of Public Health. (2021). *Mortality rate in severe community-acquired sepsis patients*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021&source=pformated/format1.php&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252#

Hwang, S. Y., & Jeong, M. H. (2012). Cognitive factors that influence delayed decision to seek treatment among older patients with acute myocardial infarction in Korea. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(2), 154-159.

Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 18*, 17-28. http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). New York, NY: Routledge.

Liang, S. Y. (2016). Sepsis and other infectious disease emergencies in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, *34*(3), 501-522.

Liu, V. X., Fielding-Singh, V., Greene, J. D., Baker, J. M., Iwashyna, T. J., Bhattacharya, J., . . . Escobar, G. J. (2017). The timing of early antibiotics and hospital mortality in sepsis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *196*(7), 856-863.

Makam, R. P., Erskine, N., Yarzebski, J., Lessard, D., Lau, J., Allison, J., . . . Goldberg, R. J. (2016). Decade long trends (2001-2011) in duration of pre-hospital delay among elderly patients hospitalized for an acute myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, *5*(4), e002664.

National Statistical Office of Thailand. (2021). *Statistic yearbook Thailand 2021*. Retrieved from https://shorturl.asia/tk3TX

Otto, G. P., Sossdorf, M., Claus, R. A., Rödel, J., Menge, K., Reinhart, K., . . . Riedemann, N. C. (2011). The late phase of sepsis is characterized by an increased microbiological burden and death rate. *Critical Care*, *15*(4), R183.

Permpikul, C. (2018). *Sepsis and septic shock*. Bangkok: Beyond Enterprise.

Pinphat, S., Puwarawuttipanit, W., Sriprasong, S., & Rongrungruang, Y. (2022). Factors influencing time-to-hospital decision in patients with sepsis. *Nursing Science Journal of Thailand*, *40*(1), 99-111.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Pornsirirat, T. (2015). Nursing care for septic shock patients. In S. Naowapanich & W. Pinyopasakul (Eds.), *Critical care: Medical nursing* (pp. 291-323). Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Prescott, H. C., & Angus, D. C. (2018). Enhancing recovery from sepsis: A review. *Journal of the American Medical Association*, *319*(1), 62-75.

Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., . . . Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: Analysis for the global burden of disease study. *The Lancet*, *395*(10219), 200-211.

Samoraphop, B., Channarong, P., & Lach, H. W. (2020). Factors related to a delay in seeking treatment for acute myocardial infarction in older adults: An integrative review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *24*(4), 553-568.

Sasat, S. (2021). *Gerontological nursing: Common problems and caring guideline* (5th ed.). Chulalongkorn University Printing House.

Seymour, C. W., Kahn, J., Martin-Gill, C., Callaway, C. W., Yealy, D. M., Scales, D., . . . Angus, D. C. (2017). Delays from first medical contact to antibiotic administration for sepsis. *Critical Care Medicine, 45*(5), 759-765.

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., . . . Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*, *315*(8), 801-810.

Sri-on, J. (2017). Geriatric emergency medicine. In J. Sri-on, R. Rojsaengruang, & C. Sawawiboon (Eds.), *Geriatric emergency* (pp. 3-16). Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University.

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2019). *Public health statistics A.D.2019.* Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/node/232

Tanner, D. (2012). *The examination of factors that Influence treatment seeking delay among older adults diagnosed with acute myocardial infarction* (Doctor degree of philosophy, nursing). Byrdine F. Lewis School of Nursing and Health Professions, Georgia State University, Georgia, Atlanta.

Thepphawan, P. (2010). *Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome* (Master degree of nursing science, adult nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok.

Thongcharoen, V. (2015). *Science and art of* gerontological nursing (2nd ed.). Bangkok: Faculty of nursing, Mahidol University.

Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics and Gerontology International*, *15*(5), 594-600.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(3), 1503-1509.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *7*, 161-166.

Yanagida, T., Fujimoto, S., Inoue, T., & Suzuki, S. (2014). Causes of prehospital delay in stroke patients in an urban aging society. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, *5*(3), 77-81.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41.