

นัตตา คำนิยม. 2549. ภาวะสับสนฉับพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน  
ในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.  
[ISBN 974-116-995-7]  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รองศาสตราจารย์ ผ่องพรรณ อรุณแสง

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาวะสับสนฉับพลัน ลักษณะ  
อาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล  
โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้ที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2549  
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย เครื่องมือที่ใช้  
ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้อง  
กับปัญญา (The Thai Mini - Mental State Examination: TMMSE) 2) แบบประเมิน  
ภาวะสับสนฉับพลัน (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) 3) แบบสัมภาษณ์และบันทึก  
ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย 4) แบบบันทึกอาการและการรักษา และ 5) แบบ  
สัมภาษณ์และบันทึกลักษณะการเกิดอาการและการจัดการอาการของภาวะสับสนฉับพลัน  
ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน (TDRS) มีค่าเท่ากับ 0.88 และแบบ  
ประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (TMMSE) มีค่าเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์  
ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ  
ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 274 คน ในจำนวนนี้มีภาวะสับสน  
ฉับพลันเกิดขึ้นจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.42  
มีอายุเฉลี่ย 72.47 ปี ภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา ร้อยละ 26.32 และเกิด  
ในสัปดาห์แรกของการรักษา ร้อยละ 73.70 ส่วนใหญ่เกิดในวันที่ 2 ของการอยู่รักษา  
ร้อยละ 42.11 ภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้นจำนวน 1 ครั้งของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและ  
มีอาการต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเกิดอาการไปจนถึงไม่มีภาวะสับสนฉับพลันเกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้น  
ในช่วงเวรบ่าย (16.00 - 24.00 น.) และช่วงเวรตึก (00.00 - 08.00 น.) ร้อยละ 94.74  
จำนวนวันหรือระยะเวลาที่เกิดภาวะสับสนฉับพลันเฉลี่ย 5.3 วัน ลักษณะอาการของภาวะสับสน  
ฉับพลันมีทั้งหมด 10 กลุ่มอาการ โดยลักษณะอาการที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลัน  
ทุกคน คือ มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ

ในลักษณะที่เป็นการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ ร้อยละ 57.89 การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบผสม ร้อยละ 36.48 และการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าปกติ ร้อยละ 5.26 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ซึ่งพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันทั้งหมด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยาของสมอง ปัจจัยทางด้านการใช้ยาและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับการจัดการอาการภาวะสับสนฉับพลันนั้นพบว่า มี 2 รูปแบบ คือ การจัดการอาการโดยการไม่ใช้ยา จำนวน 19 คน (ร้อยละ 100) และการจัดการอาการโดยการใช้ยาร่วมด้วยจำนวน 10 คน (ร้อยละ 52.63) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนฉับพลันพบความผิดปกติและปัญหาที่ต่อเนื่องจากภาวะสับสนฉับพลัน ร้อยละ 63.16 และมีผู้ที่เสียชีวิตขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2 คน ร้อยละ 10.53

การศึกษานี้ ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพเข้าใจถึงการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ลักษณะอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุภาวะสับสนฉับพลันในโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

Nutda Kumniyom. 2006. **Acute Confusional State and Factors related to Acute Confusion in Older persons during in Hospitalization.** Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing, Graduate School, Khon Kaen University.  
[ISBN 974-116-995-7]

**Thesis Advisor:** Assoc.Prof. Pongpan Aroonsang

## ABSTRACT

This descriptive research aimed to describe acute confusional state and factors related to acute confusion in older persons during hospitalization. Older persons in this study were those admitted to medical department of Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University during May to June, 2006. Data were collected by using instruments and records. The instruments were: 1) The Mini – Mental State Examination (TMMSE); 2) The Thai Delirium Rating Scale (TDRS); 3) Demographic and history of illness record; 4) Symptoms and treatment record; 5) Clinical features and symptom management record. The reliability of TDRS was 0.88, and TMMSE was 0.82. Quantitative data were analyzed using frequency, mean, and percentage. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results of this study found 274 older persons admitted to medical department during the study period. Acute confusional state was found in 19 older persons (6.93%), most of these were male (68.49%) with the mean age of 72.47 years. It was found that 26.32% of acute confusion occurred on the admission day. Most of acute confusion occurred during the first week (73.70%), especially on the 2<sup>nd</sup> day of admission (42.11%). Acute confusion occurred only one time during hospitalization and continued until the symptoms disappeared. Most of acute confusion occurred during evening shift (4pm – 12pm) and night shift (12pm – 8am) with the percentage of 94.74. The average day of acute confusion was 5.3 day. Ten groups of clinical feature and symptom of acute confusion were found. Clinical features and symptoms found in all of older persons with acute confusion were alteration of consciousness and psychomotor disturbance (hyperactive 57.89%, hypoactive 5.26%, and mixed 36.48%). Four factors found in all older persons with acute confusion were: personal, physiological, pharmacological, and environmental factors. Two types of management for acute confusion by health team were: 1) non – pharmacologic (100%), and 2) pharmacologic (52.63%). There were 63.16%

older persons who had continued problems related to acute confusion. Two older persons were died in the hospital (10.53%).

This study helps nurses and health professionals understand acute confusional state, clinical features and symptoms, and factors related to acute confusion of older persons during hospitalization. Data from this study could be use to develop appropriate assessment and practice guidelines for older persons with acute confusion during hospitalization. Further research need to be done.