

การประเมินอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน :
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการแพ้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กนกพร เดชจำเริญ

นางสาววรรณวิมล เดชกำแหง

ผู้ศึกษา

ประภา ยุทธไทร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไทร,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์อัญชลราพร สิริธัญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประเมินอาการแพ้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน :

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

ทพ.หญิง เดชทิพย์

นางสาววรรณวิมล เดชกำแหง
ผู้ศึกษา

นายธีระ ถิลาภกิจ,

พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรณ ศรียุคศุทธ,

D.S.N.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อัญญาพร สิริบุญวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา บุทธไตร,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ติลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร และรองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำการเขียนสารนิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรียุคตศุทธ และนายแพทย์ธีระ ลีถำนันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ให้การสนับสนุนอนุมัติให้ไปศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่ให้การช่วยเหลือระหว่างทำการศึกษา

ขอขอบคุณ น.ส. จินตนา กันทนงค์ และ น.ส. พิมพรัภช วัฒนศึกษา ตลอดจนเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้

ท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบคุณครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

วรรณวิมล เดชกำแหง

การประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSESSMENT OF DELIRIUM IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM : EVIDENCE - BASED NURSING

วรรณวิมล เดชกำแหง 4936685 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การสืบค้น 5 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง งานวิจัยที่ศึกษาติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาแบบย้อนหลัง 2 เรื่อง เมื่อนำงานวิจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อแนะนำดังนี้ คือ เครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ เครื่องมือประเมินอาการเพ้อ CAM พัฒนาโดย Inouye และคณะ (1990) และเครื่องมือประเมินอาการเพ้อสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด CAM-ICU พัฒนาโดย Ely และคณะ (2001) ซึ่ง สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสารได้ และใช้เวลาในการประเมินสั้นกว่าเครื่องมือ CAM เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด พัฒนามาตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ประเมินใน 4 องค์ประกอบคือ 1) การมีอาการทางจิตเฉียบพลัน และมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ 2) การไม่มีสมาธิ 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ และ 4) ระดับการรู้สึกตัว เปลี่ยนไป เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีค่าความไวและความจำเพาะที่ดี ผู้ใช้เครื่องมือต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้ และฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้ การประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือดังกล่าว ช่วยให้ค้นพบผู้มีอาการเพ้อได้มากกว่าการตรวจร่างกายและซักประวัติตามปกติ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในแผนกฉุกเฉินทั่วไปทั้งหมด ดังนั้นควรมีการศึกษานำร่องว่าจะสามารถประเมินได้แม่นยำตรงเช่นเดียวกับการประเมินในแผนกฉุกเฉินทั่วไปหรือไม่ ก่อนที่จะนำมาปฏิบัติจริงในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน

คำสำคัญ : แผนกจิตเวชฉุกเฉิน / การประเมินอาการเพ้อ / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ASSESSMENT OF DELIRIUM IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM:
EVIDENCE - BASED NURSING

WANVIMON DECHGAMHAENG 4936685 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S

ABSTRACT

This study aimed at investigating an evidence-based method for the assessment of delirium at a psychiatric emergency unit. The search for evidence-based research on this subject yielded five research studies: one systematic review, two prospective studies, and two retrospective studies. Based on the analysis and synthesis of these studies, a summary of assessment of delirium in the psychiatric emergency room and recommendations for its usage were made. The instruments for the assessment of delirium in the emergency unit are as the follows: The Confusion Assessment Method by Inoye et al., (1990) and The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit by Ely et al., (2001). Both instruments were developed from the DSM III-R and assessed the following four main features: 1) Acute onset and fluctuating course of symptoms 2) Inattention 3) Disorganized thinking 4) Altered level of consciousness. Both instruments have good sensitivity and specify personnel who have undergone training and skill practice can more effectively screen and diagnose patients with delirium than general physical examinations and elicitation of patients' medical history.

According to the findings from this study, the selected research studies were conducted to assess delirium in the emergency units of general hospitals, to implement the instrument to assess delirium at a psychiatric emergency unit should be done after a pilot study has been carried out to determine if the instruments yield similar valid results.

KEY WORDS: THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM / ASSESSMENT OF
DELIRIUM / EVIDENCE- BASED NURSING

98 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	13
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	14
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	14
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	
2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	15
2.2 วิธีประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	20
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	21
3.3 ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	33
3.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	34
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	37
ข้อเสนอแนะ	38
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	39
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	53
รายการอ้างอิง	68
ภาคผนวก	72
ประวัติผู้ศึกษา	98

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1.1 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของอาการเพื่อ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า	5
1.2 แสดงยาและขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการเพื่อ	10
3.1 แสดง ฐานข้อมูล คำที่ใช้ในการสืบค้นและผลการสืบค้น	20
3.2 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นตรงตามขอบเขตการศึกษา	22
3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	29

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการเพื่อเป็นความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุทางกาย (Organic mental disorders) ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการทางสมองเฉียบพลัน มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ มีความผิดปกติ หรือบกพร่อง ในเรื่องความจำ สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ความสามารถในการจดจำหรือคงความสนใจลดลง มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม (Monette et al., 2001) อาการเพื่อเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยลดลง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สูงขึ้น การไม่รักษาจะกลายเป็นโรคความจำเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยอาการเพื่อของ DSM-IV มีดังนี้คือ 1) มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น ความตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความสามารถในการสนใจหรือดำรงการสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง หรือเสียสมาธิง่าย 2) มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด (cognition) เช่น ความจำ บกพร่อง หลงวันเวลา สถานที่ บุคคล มีปัญหาด้านการใช้ภาษา หรือ มีความผิดปกติของการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่เดิม 3) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดในระยะเวลาอันสั้น มักเป็นชั่วโมงหรือวัน และมีอาการสลับกันระหว่างอาการดีขึ้น และเลวลง 4) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากความผิดปกติของโรคทางกาย อุบัติการณ์ของอาการเพื่อ อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละรายงาน ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัยภาวะนี้ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีอาการเพื่อเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 1-4 (Folstein, Bassett, Romanoski, & Nestadt, 1991) ในแผนกฉุกเฉินพบประมาณร้อยละ 10-15 (Meagher, 2001) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปพบร้อยละ 10-25 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนพบร้อยละ 30-50 (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008) และพบในผู้ป่วยที่สมองเสื่อมที่มีอาการเพื่อร่วมด้วย (delirium superimposed on dementia) ระหว่างร้อยละ 22 - 89 (Fick, Agostini, & Inouye, 2002)

อาการเพื่อสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท โดยพิจารณาจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Meagher et al. 2008; Sendelbach, Guthrie, & Schoenfelder, 2009) คือ 1) อาการเพื่ที่มีลักษณะตื่นตัวหรือแบบกระวนกระวาย (Hyperactive Subtype) ผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการ คือ มีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ สูญเสียการควบคุมตนเอง (หงุดหงิดและก้าวร้าว) กระสับกระส่ายและเดินโดยไร้จุดหมาย (wandering) 2) อาการเพื่ที่มีลักษณะซึม หรือแบบสงบเสงี่ยม แยกตัว (Hypoactive Subtype) ผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการคือ การทำกิจกรรมต่างๆลดลง การพูดน้อยลง การทำกิจกรรมต่างๆช้าลง พูดช้าลง การรับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง กระสับกระส่าย 3) อาการเพื่ที่มีลักษณะผสม (Mixed Motor Subtype) โดยพบในรอบ 24 ชั่วโมง บางช่วงผู้ป่วยมีลักษณะตื่นตัว บางช่วงซึมลง จากการศึกษาของ Han, Wilson, and Ely (2010) ได้ทบทวนงานวิจัย 6 การศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่ จะมีอาการเพื่ที่มีลักษณะ Hypoactive หรือเป็นแบบ Mixed พบว่ามีอาการเฉพาะแบบ Hyperactive เพียงอย่างเดียวจำนวนน้อย และการศึกษาในแผนกฉุกเฉินซึ่งมีเพียง 1 การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในอาการเพื่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีอาการแบบ Hypoactive ส่วนอาการแบบ Mixed และแบบ Hyperactiveจำนวนน้อยพบเพียงร้อยละ 4 เท่ากัน

สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเพื่ ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยเสี่ยงหรือความเปราะบางของผู้ป่วยเอง (patient vulnerability of delirium) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors of delirium) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการที่จะมีอาการเพื่สูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม และผู้ที่มีการเจ็บป่วยหลายโรคร่วมกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้เพียงได้ยาแก้ปวด (analgesics narcotic) จำนวนไม่มากนักก็อาจกระตุ้นให้เกิดอาการเพื่ได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการเพื่ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล มีหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพศชาย การมีโรคร่วมทั้งจำนวนของโรคร่วมและ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม โรคเรื้อรัง โรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย การมีประวัติได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาที่มีผลต่อจิตประสาท มีประวัติใช้สุราและสารเสพติด การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง การมีปัญหาเกี่ยวกับการรับสัมผัส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การรับประทานได้น้อย มีแนวโน้มขาดสารน้ำ ขาดสารอาหาร การรู้คิดเปลี่ยนไป เช่น ภาวะสมองเสื่อม มีประวัติเคยมีอาการซึม เพื่มาก่อน และมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น (Alagiakrishnan & Wiens, 2004; Cole, 2004; Han, Wilson & Ely, 2010) และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเพื่ ได้แก่ การที่มีปัญหาในระบบต่างๆเช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบหายใจ การมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรง อาการขาดน้ำ ขาดสารน้ำ มีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป การมีความผิดปกติทางเมตาบอลิก ได้แก่ การขาดวิตามินบี 1 ภาวะดื่ ไตวาย การเสียสมดุลเกลือแร่ น้ำตาล

กรดต่าง และฮอร์โมนไทรอยด์ การใช้ยา เช่น ได้รับยาหลายชนิดหรือเปลี่ยนยา ยาแก้ปวด เช่น meperidine, nonnarcotics เช่น non-steroidal anti-inflammatory drugs ยาที่มีฤทธิ์ด้านระบบโคลิเนอร์จิก เช่น ยาแก้แพ้ (antihistamine) ยารักษาโรคพาร์กินสัน (levodopa) ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (methyldopa, reserpine) ยาทางจิตเวชเช่น tricyclic antidepressants, lithium เป็นต้น พืชจากการใช้สุราและสารเสพติด เช่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้าและยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ เช่น benzodiazepine และการขาดสุรา การเจ็บป่วยรุนแรงในระบบต่างๆเช่น ระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เลือดออกในสมอง โรคลมชัก (seizures and postictal state) เชื้อหุ้มสมองติดเชื้อหรือสมองอักเสบ ระบบหัวใจและระบบหายใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระบบหัวใจล้มเหลว ระบบหายใจล้มเหลว และภาวะช็อก การมีภาวะแทรกซ้อน (iatrogenic disease) ได้แก่ ได้รับการทำหัตถการหรือผ่าตัดหลายอย่างหรือผ่าตัดนาน การคายสวนปัสสาวะนาน การผูกยึดผู้ป่วย การได้รับการกระตุ้นหรือขาดสิ่งกระตุ้นและการขาดการนอน เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการเพ้อของผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม การเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลงและความผิดปกติของการได้ยิน (Han, et al. 2009) สำหรับการศึกษาอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินนอกจากปัจจัยที่พบในหน่วยฉุกเฉินทั่วไปแล้วยังพบว่า ยาทางจิตเวช การขาดสุรา (delirium tremens) และพิษของสารเสพติดเช่นยาบ้า เฮโรอีน กัญชากระตุ้นให้เกิดอาการเพ้อได้ และผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องรับประทานอาหารและน้ำน้อยติดต่อกันนานก็จะเกิดอาการเพ้อได้ (Cole, 2004)

ผลกระทบที่เกิดตามมาหลังอาการเพ้อ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกันและมีภาวะแทรกซ้อน เมื่อไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้อ ไม่ได้แก้ไขตามสาเหตุ อาการก็จะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุ อาจพิการหรือเกิดโรคสมองเสื่อม ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (O'Keeffe, & Lavan, 1997) จากการศึกษาของ Lewis Lewis, Miller, Morley, Nork, and Lasater, (1995) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อที่แผนกฉุกเฉินเมื่อติดตามไปอีก 3 เดือน หลังเกิดอาการเพ้อผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเพ้อ การศึกษาของ Kakuma และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเพ้อ และร้อยละ 28 ของผู้ป่วยโรคทางกายที่มีอาการเพ้อจะเสียชีวิตภายในเวลา 3 เดือน ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Lewis และ คณะ นอกจากนี้ยังพบอัตราเสียชีวิตจะเพิ่มเป็นร้อยละ 50 ภายในเวลา 3.5ปีต่อมา จากการที่ผู้ป่วยมีอาการเพ้อทำให้ครอบครัวต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการบำบัดรักษา ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติลดลง

การวินิจฉัยอาการเพ้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-recognized) ทั้งๆที่ปัญหาการที่ผู้ป่วยมีอาการเพ้อ ก่อให้เกิดผลลบที่รุนแรงตามมาประมาณการว่ามากกว่าสองในสามของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ ไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อ (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008) จากการศึกษาของ Lewis และ คณะ (1995) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 385 คน ประเมินด้วยเครื่องมือ Confusional Assessment Method (CAM) พบว่า 38 คน (ร้อยละ10)มีอาการเพ้อ โดยที่ 17 คน ได้ 3 คะแนนซึ่งหมายถึงมีแนวโน้มที่จะมีอาการเพ้อ ผู้ป่วย 21 คน ได้ 4 คะแนนซึ่งหมายถึงมีภาวะอาการเพ้อ แต่แพทย์ผู้ตรวจรักษาให้การวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าไม่มีอาการเพ้อเพียง 6 คน (ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อทั้งหมด) และการศึกษาของ Swigart, Kishi, Thurber, Kathol, and Meller (2008) ที่ศึกษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในการรับผู้ป่วยจากแผนกอื่นๆของโรงพยาบาล พบว่าการส่งตัวผู้ป่วยมารักษาแผนกจิตเวช 99คน โดยให้ข้อวินิจฉัยเบื้องต้นได้ถูกต้องว่ามีอาการเพ้อเพียง 36 คน (ร้อยละ36.4) ผู้ป่วยที่เหลือ 63 คนซึ่งมีอาการเพ้อแต่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นอย่างอื่น หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชเช่น คิดสารเสพติดและมีอาการเพ้อร่วมด้วยแต่ไม่ได้รายงานว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้อ โดยพบว่าผู้ป่วยถูกรายงานว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ33 คิดสารเสพติด ร้อยละ 22 ส่งมาเพื่อประเมินโรคทางจิตเวช ร้อยละ17.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ14 เป็นโรคจิตเวช ร้อยละ8 วิตกกังวล ร้อยละ5 กระวนกระวายร้อยละ5 ประเมินความสามารถร้อยละ5 ปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ3 และโรคทางกายที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ร้อยละ1.6

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริงมีหลายสาเหตุ อาจเนื่องจากอาการหลายอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ มีช่วงของอาการกว้าง เช่นอาจมีตั้งแต่ลักษณะการเคลื่อนไหวตื่นตัวไปจนถึงไม่ค่อยเคลื่อนไหว ซึม หรือเป็นแบบผสม รวมทั้งผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆในรอบ 24 ชั่วโมง (Pae et al., 2008) และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอื่นบางโรค เช่นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าจะมีบางอาการคล้ายอาการเพ้อ โดยที่โรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องความจำ ความสามารถในการคิดเช่นเดียวกัน แต่จะมีลักษณะที่เฉพาะต่างกันกล่าวคือ ภาวะสมองเสื่อมความสามารถในการเข้าใจและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเสีย แต่อาการเพ้อ ความสามารถในการจดจ่อคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งเสียและผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าก็จะมีลักษณะการเคลื่อนไหวช้า คิดช้า คล้ายกับผู้ป่วยอาการเพ้อประเภทซึมได้เช่นกัน แต่จะมีลักษณะอื่นๆที่ต่างกัน ถึงแม้บางอาการจะมีลักษณะคล้ายกัน แต่ลักษณะเด่นของอาการเพ้อคือ การมีอาการแบบเฉียบพลันและอาการขึ้นๆลงๆของการรู้สึกตัว ความสามารถในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง ซึ่งสามารถเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของอาการเพ้อ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้ (Gillis, & Macdonald, 2006)

ตารางที่ 1.1 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของอาการเพ้อ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

ลักษณะสำคัญ	Delirium	Dementia	Depression
การเริ่มต้น (onset)	เฉียบพลัน หรือกึ่ง เฉียบพลัน	มักค่อยเป็นค่อยไป	อาจค่อยเป็นค่อยไป หรือเกิดขึ้นเร็ว ขึ้นกับเหตุการณ์ใน ชีวิตที่เปลี่ยนไปมี ลักษณะรุนแรงหรือ เรื้อรังสะสม
อาการสำคัญ (Main symptoms)	การทำหน้าที่ของการรู้คิด เสีย (ความสนใจหรือความ จดจ่อในการทำกิจกรรม ต่างๆเสีย อาการขึ้นๆลงๆ)	สูญเสียความจำ	อารมณ์เศร้า หม่นหมอง รู้สึกเบื่อ หดความ สนใจ ไม่มีความสุข ไม่แจ่มใส
การ เปลี่ยนแปลง ระดับความ รุนแรงของโรค (Progression)	เร็ว	ช้าแต่มีลักษณะค่อยๆ เสื่อมถอยอย่าง สม่ำเสมอตามจำนวน เดือนและปีที่ผ่านไป	ไม่แน่นอน อาจเป็น เดือนหรือเป็นปี
ลักษณะการ ดำเนินโรค (Course)	เป็นไม่นาน อาการจะ เป็นมากขึ้นหรือน้อยลงใน ช่วงเวลาของวัน (Diurnal fluctuation) มักเป็นมาก ในช่วงกลางคืนและรุ่งเช้า	เป็นนานและอาการ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ	อาการจะเป็นมากขึ้น หรือน้อยลง ในช่วงเวลาของวัน โดยมากมักจะ เป็นมากในช่วงเช้า
ระยะเวลาที่มี อาการ (Duration)	เป็นชั่วโมงและมักไม่เกิน 1 เดือน	เป็นเดือนถึงเป็นปี	ไม่แน่นอน อาจเป็น หลายสัปดาห์ หลาย เดือนหรือหลายปี

ตารางที่ 1.1 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของอาการเพ้อ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ลักษณะสำคัญ	Delirium	Dementia	Depression
ความตื่นตัวของ สติการรับรู้ (Alertness)	เปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ บางช่วง เชื่องซึม ง่วงซึม บางช่วง ตื่นตัว กระตือรือร้นอย่างมาก	โดยทั่วไปปกติ	โดยทั่วไปปกติ
ความสนใจ / การเอาใจใส่ (Attention)	ความสนใจเสีย ถูกรบกวน ง่าย วอกแวก ขาดสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับอะไร ได้นาน	โดยทั่วไปปกติ	ปกติ
ความคิด (Thinking)	กระบวนการคิดเสีย บิดเบือน ผิดรูป บางครั้ง พูดซ้ำ บางครั้งพูดเร็ว พูดวกวน	การตัดสินใจแย่งลง คิดหาคำพูดลำบาก คิดเชิงนามธรรมได้ยาก	ความคิดปกติ แต่จะ รู้สึกหมดหนทาง หมดหวัง เศร้า
ความจำ (Memory)	ความจำทันทีทันใดและ ความจำระยะสั้นเสีย (immediate and short- term memory loss)	ความจำเร็วๆนี้ และ ความจำในอดีตเสีย (Recent and past memory loss)	ปกติ หรือเสีย ความจำบางส่วน (normal to selective loss or patchy impairment)
การรับรู้เวลา สถานที่บุคคล (Orientation)	โดยทั่วไปจะเสีย	อาจจะเสีย	เสียบางส่วน (Selective disorientation)
การรับรู้ (Perception)	เสีย มี Illusions Hallucination และ Delusion	ระยะแรกมักปกติดี ยกเว้น Dementia with Lewy bodies	ปกติ แต่ถ้าเป็น รุนแรงมักจะมี delusion , hallucinations ได้

ตารางที่ 1.1 การเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของอาการเพ้อ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ลักษณะสำคัญ	Delirium	Dementia	Depression
สิ่งกระตุ้น (Triggers)	หลายปัจจัยร่วมกัน สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ความเครียด ความเจ็บป่วย ยา ขาดสิ่งกระตุ้น	โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน ขาด วิตามิน บี 12 โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia)	มีการสูญเสีย เช่น คู่ชีวิต สถานการณ์ ในชีวิตเชิงลบ การ สูญเสียสมดุลสารสื่อ ประสาท และ พันธุกรรม

จากการที่อาการเพ้อมีลักษณะอาการไม่แน่นอน และไม่คงที่ อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวันแตกต่างกัน จึงทำให้การประเมินผู้ป่วยแต่ละช่วงใดช่วงหนึ่งเพียงครั้งเดียว ไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับเวลาอื่นที่ผ่านมา เช่น เปรียบเทียบจากการซักประวัติว่าช่วงไหนผู้ป่วยมีอาการเป็นบ่อย อาการเป็นปกติ หรือช่วงไหนที่มีอาการเป็นมากจากรายงานของผู้ดูแลก่อนหน้านี้ และการที่ไม่ได้มีแนวปฏิบัติเพื่อประเมินอาการเพ้อ ก็เป็นสาเหตุให้ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาจไม่มีการประเมินหรือมีการประเมินแต่ไม่ได้ลงในรายงานผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการเพ้อที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพราะการที่สามารถตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกๆ (early detection) ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการเพ้อ และสามารถป้องกันได้ หรือสามารถบำบัดดูแลผู้ป่วยอาการเพ้อได้ตามสาเหตุจะช่วยลดระยะเวลาในการรักษา การอยู่โรงพยาบาลและการเสียชีวิตลงได้ จากการศึกษาของ Inouye, Schlesinger, and Lydon (1999) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการรู้คิดลดลง ผู้สูงอายุที่ขาดการนอน ขาดการเคลื่อนไหว มีปัญหาในเรื่องการได้ยิน การมองเห็นและมีปัญหาเรื่องการขาดสารน้ำมีโอกาสเกิดอาการเพ้อได้ โดยใช้ Protocols for management six risk factors สามารถลดอาการเพ้อได้ถึงร้อยละ 40 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อและไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อ หรือไม่ได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสมจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีอาการเพ้อ เช่น ผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยในแผนกภาวะวิกฤติทุกราย เพื่อให้สามารถป้องกันหรือให้การบำบัดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อที่สำคัญคือ การหาสาเหตุของอาการดังกล่าว และให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากอาการเพ้อจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่ง สำหรับการรักษาอื่นๆ

ที่เข้าร่วมไปด้วยกันระหว่างการรอผลของการแก้ไขสาเหตุ ได้แก่ การรักษาประคับประคองอาการ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอาการเพื่อ โดย

1) การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเพื่อ

2) การรักษาประคับประคองอาการทั่วไป เช่น ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้สารน้ำ และอาหารเพียงพอ จัดทำผู้ป่วยและพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและหลอดเลือดดำอุดตัน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยอึดอัดมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะการเคลื่อนไหวไม่เคลื่อนไหว (Immobility) การดูแลประจำวันทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผิวหนังและเล็บ เป็นต้น คอยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทำความสะอาดทันทีอย่าปล่อยทิ้งไว้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดแผลกดทับและทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น

3) การปรับสิ่งแวดล้อม ได้แก่

3.1) การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลาและสิ่งแวดล้อม โดยการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างกระชับได้ใจความและชัดเจน ควรเน้นย้ำเป็นระยะให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลา สถานที่ และบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่น ญาติ ผู้ดูแล แพทย์ และพยาบาล นำสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยที่บ้านมาไว้ในห้องผู้ป่วย เช่น รูปถ่าย หมอน ผ้าห่ม เป็นต้น อาจเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์ให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นผู้ป่วยให้รับรู้การเปลี่ยนแปลงภายนอก และเพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายความวิตกกังวล แนะนำผู้ดูแลและญาติของผู้ป่วยให้คอยพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้รู้สึกปลอดภัย ไม่วิตกกังวล และเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ พยายามให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลเดิม เพื่อลดความสับสนของผู้ป่วย พยายามไม่ย้ายห้องพัก หรือตำแหน่งที่พักของผู้ป่วยบ่อยๆ เนื่องจากจะทำให้สับสนสถานที่ง่ายขึ้น

3.2) การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยจัดบริเวณรอบๆ ผู้ป่วยไม่ให้วุ่นวาย นำสิ่งของและอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นออก จัดให้มีระยะระหว่างเตียงผู้ป่วยพอสมควร ถ้าเป็นไปได้ พยายามให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องส่วนตัวแยกจากผู้ป่วยรายอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่ และไม่มีสิ่งรบกวน หลีกเลี่ยงการกล่าวคำศัพท์ทางการแพทย์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการระแวง การพูดคุยกับผู้ป่วยให้ใช้คำง่ายๆ หรือภาษาชาวบ้าน พยายามให้มีแสงสว่างเพียงพอให้ผู้ป่วยได้มองเห็นสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่เกิดอาการระแวงและประสาทหลอน พยายามลดเสียงรบกวนจากผู้ดูแล ทีมแพทย์ และลดเสียงจากอุปกรณ์ต่างๆ

3.3) การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ โดยควรซักถามและตรวจดูว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ ซึ่งได้แก่ แวนตา เครื่องช่วยฟัง หรือฟันปลอม ถ้าผู้ป่วยพูดภาษาไทยไม่ได้ อาจต้องมีคนที่ใช้ภาษาเดียวกับผู้ป่วยคอยดูแล กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองและมีส่วนร่วมในการรักษา

เช่นซักถามอาการปวดจากผู้ป่วย เป็นต้น จัดการดูแล รักษาพยาบาลให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ถ้าไม่จำเป็นอาจงดการวัดความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกายในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังนอนหลับ ปรับการรับประทานยาและการฉีดยาให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้งดต้องปลุกผู้ป่วยขึ้นมา อาจเปิดดนตรีเบาๆ เพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น พยายามให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นถ้าเป็นผู้ป่วยที่พอจะเดินได้ ควรให้ผู้ป่วยได้ลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยลุกเดินไม่ได้ ควรมีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยวันละ 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที

4) การใช้ยาควบคุมอาการให้สงบ ในบางครั้งถ้าผู้ป่วยมีความวุ่นวายมากไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยเองได้ เช่นปีนเตียง พยายามดึงสายสวน ปัสสาวะและสายน้ำเกลือ เป็นต้น อาจจำเป็นต้องควบคุมอาการโดยใช้ระหว่างรอผลของการแก้ไขสาเหตุ การพิจารณาเลือกใช้ยา ยาที่มีการศึกษามากที่สุด ได้แก่ haloperidol ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาต้านโรคจิต และเป็นยาประเภทที่ให้ผลการรักษาสูง และมีผลไม่มากต่อประสาทโคลีนเนอร์จิก อาการง่วงและความดันต่ำ โดยใช้ยารับประทานในขนาด 0.5 มิลลิกรัม ยาได้ผลในเวลา 10-30 นาที ดังนั้นการให้ยาลูกครั้งต่อไปในกรณีที่ไม่ได้ผลคือ เว้นระยะห่างประมาณ 20-30 นาที สามารถให้ซ้ำได้ ทุก 30 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะสงบและไม่เกิดอาการข้างเคียงอื่น แต่ถ้าไม่ยอมรับประทานยาหรือต้องงดน้ำและอาหาร อาจต้องฉีดยา haloperidol 2.5 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อแทน ยาอื่นที่มีการศึกษาผลในการใช้รักษาอาการเพื่อแต่น้อยกว่า haloperidol ได้แก่ risperidone olanzapine และ quetiapine การใช้ยาเพื่อควบคุมอาการให้ปรับตามอาการผู้ป่วย และใช้ในขนาดที่น้อยที่สุดที่สามารถควบคุมอาการได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเพื่อชนิด hypoactive ให้รักษาสาเหตุและรักษาประคับประคองอาการโดยทั่วไป อาจไม่ต้องให้ยากลุ่มนี้ การใช้ยาและขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการเพื่อ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553) ดังแสดงในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงยาและขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการเพ้อ (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553)

ยาและขนาดเริ่มแรก	ขนาดสูงสุดของยา	ข้อควรระวัง
Haloperidol 0.25-0.5 มก. รับประทานเวลามี อาการทุก 4 ชั่วโมง	5 มก./ วัน	อาจเพิ่ม QT interval โอกาสเกิด extrapyramidal side effect (EPS) แม้ใช้ในขนาดต่ำ
Risperidone 0.25-0.5 มก. รับประทานเวลามี อาการทุก 4 ชั่วโมง	4 มก./ วัน	อาจเพิ่ม QT interval โอกาสเกิด extrapyramidal side effect (EPS) ถ้าใช้ในขนาดมากกว่า 2 มก.
Olanzapine 2.5- 5 มก. รับประทานเวลามี อาการทุก 4 ชั่วโมง	10 มก./ วัน	อาจมี anticholinergic side effect ง่วงนอน
Quetiapine 12.5- 25 มก. รับประทานเวลามี อาการทุก 4 ชั่วโมง	150 มก./ วัน	ง่วงนอน อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยน ท่า(postural hypotension) ถ้าเพิ่มขนาดเร็ว

การประเมินอาการเพ้อในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการเพ้อ ควรมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกพบในผู้ที่เสี่ยง ซึ่งอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือเสี่ยงที่จะมีอาการเพ้อ ได้แก่ 1) มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิต (Mental status) อย่างรวดเร็ว 2) กำลังมีโรคทางกายหรือได้รับยาบางขนานที่อาจทำให้เกิดอาการเพ้อได้ 3) มีอาการเห็นภาพหลอน 4) มีระดับการเปลี่ยนแปลงของระดับสติสัมปชัญญะ (consciousness) 5) มีอาการผิดปกติทางจิต (Psychiatric symptoms) ในผู้ที่ไม่เคยมีปัญหาโรคทางจิตเวชมาก่อน 6) มีอาการผิดปกติทางจิตขึ้นใหม่ หรือมีอาการทางจิตที่แตกต่างจากที่เคยเป็นเมื่อเจ็บป่วยทางจิตในอดีต 7) มีอาการพุดคุยสับสน หรือหลงวัน เวลา สถานที่ บุคคล 8) ตรวจคลื่นสมองพบมีการกระจายตัวของคลื่นช้า (diffuse slow wave) หรือร่องรอยการชัก (epileptiform discharge) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ควรได้รับการประเมินว่ามีอาการเพ้อหรือไม่ (Gleason, 2003) และการวินิจฉัยอาการเพ้อ แพทย์จะใช้วิธีตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต การซักประวัติจากบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น ญาติหรือผู้ดูแล และ นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจมาวิเคราะห์ วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) แต่ในทางปฏิบัติหลายหน่วยงานได้ใช้เครื่องมือประเมินที่พัฒนาได้มาตรฐาน สะดวกต่อการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือในการประเมินและมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมาปรับใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความสะดวกและ รวดเร็ว ประหยัดเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเพ้อในแผนกผู้ป่วยในมีหลายชนิด แต่ที่นำมาปรับใช้ในแผนกฉุกเฉินยังมีน้อย ตัวอย่างของเครื่องมือ ประเมินอาการเพ้อที่มีการนำมาใช้ (Sendelbach, & Guthrie, 2009) ได้แก่

1) เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) เป็นเครื่องมือที่ใช้การสังเกตและวินิจฉัยตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III-R criteria for delirium ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน ข้อดีคือสามารถแยกระหว่างอาการเพ้อ และภาวะสมองเสื่อมได้ แต่ไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของอาการเพ้อได้ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Mini-Mental State Examination (MMSE) โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการ 2 ข้อคือ 1) เกิดอาการเฉียบพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ และ 2) ไม่มีสมาธิ ส่วนข้อ 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ หรือข้อ 4) มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สีกตัวอาจมีข้อใดข้อหนึ่งหรือสองข้อก็ได้

2) The Delirium Index (DI) เป็นเครื่องมือที่ปรับมาจาก CAM และสามารถบอกระดับความรุนแรงของ อาการเพ้อได้ DI ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบดังนี้คือ มีความผิดปกติ หรือบกพร่องในด้าน สมาธิ ความคิดระดับความรู้สึกตัว สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ในเรื่องความจำ การรับรู้ และการเคลื่อนไหว

3) The Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นเครื่องมือที่ส่วนใหญ่ผู้ใช้เป็นผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกเครื่องมือประกอบด้วย 11 คำถามเพื่อประเมิน การรับรู้ในเรื่องเวลาสถานที่ บุคคล การจำสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ สมาธิ ความสามารถในการคิดเลข ความจำและ ภาษา ใช้เพื่อการวินิจฉัย และ ติดตาม (monitoring) การฟื้นหายจากอาการเพ้อ

4) The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ในการสังเกตอาการผู้ป่วยที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อประเมินระดับของอาการเพ้อจากกระบวนการรู้คิด ความสามารถในการควบคุมร่างกายและพฤติกรรม เครื่องมือช่วยประเมินภาวะเสี่ยงภาวะปัจจุบันและความรุนแรงของอาการเพ้อ มุ่งสังเกตในเรื่องการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น สมาธิ การรับข้อมูลและการทำตามคำสั่ง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล และความจำ

5) The Delirium-O-Meter (DOM) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตพฤติกรรม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเพ้อ ทั้งอาการเพ้อที่มีลักษณะตื่นตัว (Hyperactive Subtype) และอาการเพ้อที่มีลักษณะซึม (Hypoactive Subtype) ประเมินเกี่ยวกับความผิดปกติต่างๆเหล่านี้ เช่น ความบกพร่องในเรื่องสมาธิ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ระดับความรู้สึกตัว การสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง การทำกิจกรรมต่างๆช้าลง การพูดไม่ต่อเนื่อง ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ กระสับกระส่าย มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน วิตกกังวล กลัว มักใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินอาการเพ้อมี 2 ลักษณะใหญ่ๆคือ 1) เป็นแบบตรวจสภาพจิต (mental status questionnaires) ซึ่งช่วยประเมินการรู้คิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง แต่การประเมินในลักษณะนี้ต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนที่จะมีผลต่อการ

ตอบสนองต่อการประเมิน เช่น อายุ ระดับการศึกษา สังคมวัฒนธรรม ภาษา ซึ่งจะมีผลต่อคำตอบของผู้ถูกประเมิน และ 2) เป็นเครื่องมือที่ใช้การสังเกตอาการและรายงานในใบประเมินว่ามีอาการเหล่านั้นหรือไม่ ข้อดีคือ ลดการรบกวนผู้ป่วยให้ตอบหรือปฏิบัติตามคำสั่งโดยตรง และสามารถประเมินได้บ่อยครั้ง แต่ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรงและผลของการประเมินขึ้นอยู่กับความสามารถในการสังเกตและตัดสินใจของผู้ประเมินเป็นสำคัญ ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเพื่อจึงต้องคำนึงถึงลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ ความน่าเชื่อถือ ความไวของเครื่องมือ ความสะดวกและเวลาที่ใช้ รวมทั้งความสามารถหรือทักษะของผู้ประเมินร่วมกัน

หน่วยงานจิตเวชฉุกเฉินของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ที่มีการแยกห้องสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นสัดส่วน กล่าวคือเป็นผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางด้าน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรง จนอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเร่งด่วน เพื่อช่วยลดอันตรายหรือความเสียหายอันอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้างรวมทั้งทรัพย์สิน และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาในระยะยาวที่เหมาะสมต่อไป จากการศึกษาสถิติของการรับบริการที่งานจิตเวชฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมาใช้บริการจำนวน 6205 ราย หรือประมาณวันละ 17 ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานี้ใน 3 อันดับแรกได้แก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีอาการหูแว่ว และหวาดระแวง จากการทบทวนสถิติพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเพื่อ ปีงบประมาณ 2552 จำนวน 82 ราย จากผู้ป่วย 6557 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาแผนกฉุกเฉิน) และในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 78 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.26 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาแผนกฉุกเฉิน) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อจากสาเหตุจากโรคทางกายอย่างชัดเจนจะถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลฝ่ายกาย จากรายงานปี 2552 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อถูกส่งไปรักษายังโรงพยาบาลทางฝ่ายกายทั้งหมด 27 ราย ปี 2553 จำนวน 37 ราย ในผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อเนื่องจากสุราและสารเสพติดและไม่มีปัญหาทางฝ่ายกายที่รุนแรงทางสถาบันจะรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน (ข้อมูลจากงานจิตเวชฉุกเฉินสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2553) จะเห็นได้ว่าการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินของสถาบันยังมีอัตราต่ำมาก สาเหตุที่มีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อน้อย อาจเกิดจากอาการเพื่อเป็นโรคทางอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน ญาติอาจพาผู้ป่วยไปรักษาทางโรงพยาบาลฝ่ายกายมากกว่าเนื่องจากสถาบันเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการในแผนกฉุกเฉิน พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วว่ามีปัญหาเร่งด่วนทางกายและทางจิตเวชอย่างไร เพื่อตัดสินใจแนกความรุนแรงของปัญหา ว่าเป็นภาวะที่ต้องได้รับการบำบัดดูแลทันทีทันใด แบบภาวะฉุกเฉิน แบบรีบด่วน หรือแบบกึ่งรีบด่วนหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แพทย์วางแผนการบำบัดดูแลให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง โดยแพทย์อาจมีการประเมินเพิ่มเติมหรือส่งตรวจพิเศษตามความจำเป็นโดยการบำบัดดูแลระยะแรกตามความรุนแรงของปัญหาที่ประเมินได้ เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการสงบลง โดยเน้นการปกป้องชีวิตและป้องกันการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น การช่วยเหลือด้านร่างกายให้พ้นอันตรายก่อนในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางกายร่วมด้วย ช่วยให้พฤติกรรมแปรปรวนเช่นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสงบลง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวผู้ปฏิบัติงานและบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ และเมื่อผู้ป่วยอาการสงบก็จะพิจารณา การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป อาจเป็นเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือส่งต่อให้สถานพยาบาลเครือข่ายดูแลต่อไป

สำหรับการประเมินอาการเพื่อของผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่พยาบาลจะประเมินเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ มีการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาหรือเป็นผู้ป่วยติดสุราและหยุดสุรามาก่อนหน้านี้ หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหลายอย่างร่วมด้วย และมีอาการซึมลง ใน 1-3 วัน และปัจจุบันมีอาการเพ้อ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ก็จะส่งต่อข้อมูลให้แพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคอีกครั้งหนึ่ง แต่ในการประเมินอาการเพ้อเบื้องต้นนี้ไม่ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าจะต้องประเมินผู้ป่วยทุกราย และต้องประเมินอย่างไร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ของพยาบาล และแพทย์ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน และการที่ไม่มียุทธศาสตร์ในการประเมินอาการเพ้อของผู้ป่วยทุกรายที่ชัดเจนอาจทำให้การระบุว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้อต่ำกว่าความเป็นจริงได้ (Under-recognized) ดังนั้น ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำแผนกกลุ่มงานผู้ป่วยนอกและงานจิตเวชฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการประเมินอาการเพ้อจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบันเพื่อนำมาปรับใช้ในหน่วยงานต่อไป โดยจะพิจารณาแนวทางการประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ มีความเหมาะสมทั้งในเรื่องของ Psychometric Qualities และมีวิธีการประเมินไม่ยากนัก ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน และรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เพื่อนำมาทดลองใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยหวังว่าจะช่วยให้สามารถระบุผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินได้เพิ่มขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวิธีการประเมินอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลมีแนวทางในการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปในแนวทางเดียวกัน



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการเพ้อในหน่วยฉุกเฉิน และหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดแนวทางการสืบค้นดังนี้

2.1.1 กรอบการสืบค้น

เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบ “PICO” (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบ และการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษานี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

P (Population)	=	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน หรือแผนกฉุกเฉิน ทั่วไป
I (Intervention)	=	การประเมินอาการเพ้อ
C (Comparison)	=	ไม่มีการเปรียบเทียบ
O (Outcome)	=	อาการเพ้อ (Delirium symptoms)

คำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- Emergency room or Emergency department or Psychiatric emergency room or Psychiatric emergency department
- Delirium assessment or Delirium screening or Delirium instrument
- Acute confusion assessment or Acute confusion screening or Acute confusion instrument
- Diagnosis Delirium

2.1.2 แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ The Cochrane Library
2. ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดังนี้ Pub Med, CINAHL, Science Direct, Springer Link, Proquest
3. เอกสารอ้างอิง (Reference List) ของทำยบทความและงานวิจัยที่สืบค้นได้
4. สืบค้นจากวารสารต่างๆ ได้แก่ Academic emergency medicine, Journal Psychiatric Associate Thailand

2.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

1. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ (delirium assessment) ในหน่วยฉุกเฉิน หรือหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน
2. งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ทุกประเภท
3. งานวิจัยที่ใช้ภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทยในการตีพิมพ์เผยแพร่
4. ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 2000 - 2010

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ และประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit & Beck (2006) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ

2.2.1.1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาจากงานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ วิธีการประเมิน คัดกรองอาการเพื่อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยฉุกเฉินควรทำอย่างไร เพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการเลือกวิธีการและเครื่องมือได้

2.2.1.2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์, ผู้ทำการวิจัย, ทุนสนับสนุน, คุณภาพงานวิจัยประเมินจาก การได้รับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์, ความเหมาะสมของชื่อเรื่อง การระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การออกแบบการวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม, การใช้สถิติในการวิเคราะห์ที่เหมาะสม, ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

2.2.1.3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ

การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of findings) พิจารณา โดยคำนึงว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรหน่วยงานหรือไม่ ประเมินในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผล เช่น เกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมาก นวัตกรรมมีวิธีการและการประเมินผลที่ไม่ยาวเกินไป

ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณา โดยคำนึงถึงว่าพยาบาลในนวัตกรรมนี้ได้หรือไม่ เป็นวิธีที่ยู่ยากซับซ้อนในการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน ผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องคัดค้านหรือร่วมมือด้วยหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำเสนอแนะนั้นมาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ ครอบคลุมงานประจำที่เคยปฏิบัติหรือไม่มากนักเพียงใด นอกจากนี้ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) พิจารณาโดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ นวัตกรรมที่ใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้รับบริการ การประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นวัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ เช่นเวลา บุคลากร ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น และประโยชน์ที่นำนวัตกรรมมาสู่องค์กร

2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (The strength of recommendation Taxonomy: SORT) ของ Ebell และคณะ (2004) ซึ่งแบ่งความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย (Diagnosis) ใน 3 ระดับดังนี้

1) ระดับ1 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีคุณภาพดี ได้แก่ งานวิจัยที่มีการศึกษาที่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของการตัดสินใจทางคลินิก การศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบโดยมีการเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษากับมาตรฐานเดิมที่มีอยู่ (Gold standard) และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (diagnosis) โดยเป็นการศึกษาไปข้างหน้า มีการเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษากับมาตรฐานเดิมที่มีอยู่

2) ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีข้อจำกัดด้านคุณภาพ ได้แก่งานวิจัยที่มีการศึกษาที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ตามกฎการตัดสินใจทางคลินิก การศึกษาทบทวนงานวิจัย หรือ meta-analysis ที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานหรือผลการศึกษามีสอดคล้องกัน งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้า หรือการศึกษาเปรียบเทียบ (Case-control study) ที่คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (การวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้า เพื่อตรวจสอบการวินิจฉัย ที่มีคุณภาพ จะประเมินจาก การออกแบบการวิจัย ขนาดประชากร คุณลักษณะประชากร การไม่ทราบว่าคุณใดเป็นกลุ่มที่เป็นโรค และกลุ่มใดไม่เป็นโรค ความคงเส้นคงวาในการเก็บข้อมูล การระบุสิ่งที่ใช้ในการอ้างอิง ต้องเป็นสิ่งที่มีความมาตรฐาน)

3) ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น แนวปฏิบัติจากคณะผู้เชี่ยวชาญ การอนุมานจากผลการวิจัย ประสพการณ์จากการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากรายงานกรณีศึกษา

หลังจากประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strenght of evidence) แล้วนำงานวิจัยที่ได้มาสกัดข้อมูลและพิจารณาสรุปลงตารางทีละเรื่อง จากนั้นทำการสรุปประเด็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัยในภาพรวม ประมวลประเด็นสำคัญที่ได้จากงานวิจัยทั้งหมด เป็นหมวดหมู่และนำเสนอข้อสรุปประเด็นจากงานวิจัยเป็นความเรียง แล้วเสนอข้อแนะนำการพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองและประเมินอาการเพื่อ ที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์



บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการประเมินอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

หลังจากมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิดของ PICO Framework แล้ว ทำให้ได้คำสืบค้นและทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ซึ่งใช้คำสืบค้นเดียวกันทุกฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คำที่ใช้ในการสืบค้น และผลการสืบค้น

ฐานข้อมูล	คำที่ใช้ในการสืบค้น	ผลการสืบค้นที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้
Pub Med	-Emergency room , Emergency department , Psychiatric emergency room , Psychiatric emergency department	3 ฉบับ
Science Direct	-delirium assessment , delirium screening , delirium instrument	2 ฉบับ
Proquest	-Acute confusion assessment, Acute confusion screening ,Acute confusion instrument -Diagnosis, Delirium	1 ฉบับ

ตารางที่ 3.1 แสดงฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คำที่ใช้ในการสืบค้น และผลการสืบค้น (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำที่ใช้ในการสืบค้น	ผลการสืบค้นที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้
The Cochrane Library		0 ฉบับ
CINAHL,		0 ฉบับ
Springer Link		0 ฉบับ

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraisal Method of Evidence)

จากการสืบค้นทั้งหมดพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหาจำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินอาการเพ้อในแผนกฉุกเฉินทั่วไปทั้งหมดไม่พบว่ามีการศึกษาในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินและมีงานวิจัยที่เป็นการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพ้อทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดงานวิจัยออก 1 เรื่องคือ Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department (Han et al., 2009) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มาจาก Nursing home เข้ารับการบำบัดที่แผนกฉุกเฉินมีภาวะสับสนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มาจาก Nursing home หรือไม่ โดยที่ไม่มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ จึงคัดงานวิจัยนี้ออกจากการศึกษา จึงเหลืองานวิจัยที่นำมาศึกษาจำนวน 5 เรื่อง

เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ มาจัดระดับความน่าเชื่อถือ และความเข้มแข็งของ Ebell และคณะ (2004) ได้ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นตรงตามขอบเขตการศึกษา

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐาน เชิงประจักษ์
1	Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. <i>Canadian Medical Association Journal</i> , 163, 977-981.	Retrospective study Level II
2	Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., et al. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. <i>Journal of Academic Emergency Medicine</i> , 16, 193-200.	Prospective study Level II
3	Hustey , F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in lderly emergency department patients. <i>Annals of Emergency Medicine</i> , 39, 248-253.	Prospective study Level II
4	Monette, J., Fort, G. G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenualt, L., et al. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 23, 20-25.	Retrospective study Level I

ตารางที่ 3.2 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นตรงตามขอบเขตการศึกษา (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ความน่าเชื่อถือ ของหลักฐานเชิง ประจักษ์
5	Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 304, 779-786.	Systematic review Level II

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 5 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วสกัดเนื้อหาลงในตารางสกंदงานวิจัย (ในภาคผนวก) โดยเนื้อหาสาระหลักของงานวิจัยแต่ละเรื่องมีดังนี้

เรื่องที่ 1. Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 977-981.

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของอาการเพ้อในผู้ป่วยสูงอายุแผนกฉุกเฉิน และเพื่อศึกษาความไว และความจำเพาะของการประเมินทางคลินิกโดยแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉินด้วยการทบทวนแฟ้มผู้ป่วย (chart review) และการถามโดยตรง ที่ St. Mary' Hospital Center กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยทั้งหมดที่อายุ 65ปี จำนวน 477 คน ที่เข้ารับการรักษาใน Emergency Department ระหว่างวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา ตั้งแต่เที่ยงคืนถึง 15.00 น โดยทีมวิจัยจะปฏิบัติงานในช่วง 8.00-18.00 น เป็นเวลา 4 เดือน โดยจิตแพทย์ผู้ทำการวิจัยประเมินผู้ป่วย Mini-Mental State Examination (MMSE) เพื่อประเมิน cognitive status และประเมินด้วย CAM เพื่อประเมินอาการเพ้อ (คุณภาพของเครื่องมือ CAM ทีมวิจัยอ้างผลการศึกษาของ Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R.(1975) ค่า Test-Retest reliability =0.89 และการศึกษาของ Inouye, S. K., et al 1990. ค่า sensitivity and specificity for detecting delirium มากกว่าร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยโดยจิตแพทย์) แพทย์แผนกฉุกเฉิน ประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และ การตรวจสุขภาพจิตโดยแบบ Checklist ลงในรายงานแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วย 43 ราย ที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อ

เท่ากับมีความชุกของอาการเพ้อ 9.6% ขณะที่แพทย์แผนกฉุกเฉินตรวจพบผู้ป่วยมีอาการเพ้อ 15 ราย เท่ากับมีความชุกของอาการเพ้อ 3.1% พบว่ามีค่าความไวเพียง 35.3% ค่าความจำเพาะสูงที่ 98.5 - 100%

สรุปเพื่อนำไปใช้ การใช้เครื่องมือ CAM จะช่วยประเมินอาการเพ้อได้ดีกว่าการซักถามผู้ป่วยด้วยวิธีการตรวจปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองเสื่อม มีความบกพร่องการได้ยิน ผู้ป่วยโรคปอด แต่ผู้ใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเพ้อจะต้องเป็นผู้มีความรู้และมีทักษะในการประเมินเป็นอย่างดี

เรื่องที่ 2. Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., et al. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 16, 193-200.

วัตถุประสงค์: เพื่อวัดความถี่ในการประเมินอาการเพ้อผิดพลาดที่แผนกฉุกเฉินและความถี่ที่ตรวจพบโดยแพทย์ในเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ตั้งแต่พฤษภาคม 2007 ถึง กรกฎาคม 2007 ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในแผนกฉุกเฉิน น้อยกว่า 12 ชั่วโมงกลุ่มตัวอย่าง 303 คน เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเพ้อในหอผู้ป่วยหนัก (CAM-ICU) ซึ่งปรับปรุงมาจาก CAM เป็นเครื่องมือที่ใช้งานใช้เวลา ประมาณ 2 นาที ค่า interrater reliability ดี (K= 0.77-0.95) โดยผู้ป่วยต้องมี 4 ข้อคือ 1) เกิดอาการเฉียบพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ 2) ไม่มีสมาธิ 3) กระบวนการคิดสับสน 4) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยต้องมีอาการข้อ 1 และข้อ 2 และมีข้อ 3 หรือข้อ 4 เครื่องมือมีคุณภาพ sensitive (93% to 100%) and specific (98% to 100%) โดยผู้ช่วยวิจัยในการศึกษานี้ได้รับการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ 1 สัปดาห์ จากคู่มือและฟังคำบรรยาย และฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองและได้รับการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานจริงในแผนกฉุกเฉินจากหัวหน้าทีมวิจัย ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วย 25 ราย (8.3%ของผู้ป่วยทั้งหมด) ที่มีอาการเพ้อ มีเพียง 6 ราย (24%ของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนกฉุกเฉินว่ามีอาการเพ้อ และ 21 รายใน 25 รายนี้ รับเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และให้กลับบ้าน 4 ราย โดยที่ 21 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกใน แพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยในวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อเพียง 6 ราย (28.6 %ของผู้ป่วย 21 ราย) ซึ่ง 5 ใน 6 รายนี้ ได้ถูกวินิจฉัยจากแพทย์แผนกฉุกเฉินว่ามีอาการเพ้อก่อนส่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งแพทย์แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในไม่ได้ลงข้อมูลเกี่ยวกับการซักประวัติหรือตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเพ้อในผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อเลย

สรุปเพื่อนำไปใช้ เครื่องมือ CAM-ICU สามารถนำมาใช้ประเมินอาการเพ้อแทน CAM ได้ และสามารถประเมินอาการเพ้อได้ดีกว่าการซักถามผู้ป่วยด้วยวิธีการตรวจปกติ มีข้อดีคือ

ใช้เวลาในการประเมินสั้นกว่า ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ แต่ผู้ประเมินจะต้องมีทักษะทางคลินิกมากกว่า เพราะต้องใช้ Clinical Judgment ในการวิเคราะห์สิ่งที่สังเกตได้ และควรมีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

เรื่องที่ 3. Hustey, F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 248-253.

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของสภาพจิตที่บกพร่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และเพื่อประเมินเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสภาพจิตโดยแพทย์แผนกฉุกเฉินหลังจากจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินแล้ว ศึกษาที่ Setting Urban teaching hospital ผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นศึกษาระหว่างกรกฎาคม 1999 ถึง กรกฎาคม 2000 ผู้ป่วยทั้งหมด 297 คน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ CAM และเครื่องมือประเมินความจำและการรับรู้วันเวลาสถานที่ (OMC) และชักประวัติ ซึ่งจะดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว โดยผู้ช่วยวิจัยจะถูกสังเกตการณ์ปฏิบัติงานในช่วงแรกเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการประเมิน (reliability) ซึ่งการประเมินของผู้ช่วยวิจัยจะถูกเปรียบเทียบกับผลการตรวจร่างกายและชักประวัติตามปกติของแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 78 คน (26%) มีปัญหาด้านสภาพจิตใจ (95%CI [21-31%]) 30 คนเป็น delirium (10%; 95%CI [7-14%]) อีก 48 คนมีความบกพร่องทางการรับรู้แต่ไม่พบ delirium (16%; 95%CI [12-20%]) และมีผู้ป่วยเพียง 22 คน จากผู้มีปัญหาด้านสภาพจิต 78 คน (28%; 95%CI [19-40%]) ที่ แพทย์แผนกฉุกเฉินเขียนรายงานว่ามี มีปัญหาสภาพจิต

สรุปเพื่อนำไปใช้ การประเมินสภาพจิตและประเมินอาการเพื่อโดยการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ (CAM) และผู้ประเมินผ่านการฝึกอบรม ฝึกทักษะจนมีความน่าเชื่อถือในการประเมิน จะสามารถประเมินอาการเพื่อได้ดีกว่าการซักถามผู้ป่วยด้วยวิธีการตรวจปกติ

เรื่องที่ 4. Monette, J., Fort, G. G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenualt, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 23, 20-25.

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกฉุกเฉิน โดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ CAM และแพทย์เฉพาะทางสูงอายุ สถานที่ที่ทดลอง the emergency room at a tertiary care hospital กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 66 ปี ขึ้นไป จำนวน 110 คน ผู้ประเมิน 3 คน 1 คน เป็นพยาบาล ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ การทำวิจัย

1 คนเป็นพยาบาลที่เคยมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการทำวิจัย และอีก 1 คนคือ ผู้ช่วยวิจัยที่เคยมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมาก่อน ผู้สัมภาษณ์จะได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ระยะเวลา 5 วัน จากจิตแพทย์และ แพทย์เฉพาะทางสูงอายุ ที่มีอาการเพ้อ ได้ทบทวนวรรณกรรม และดู VDO เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอาการเพ้อ และได้รับการฝึกทักษะการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการเพ้อ สัดส่วนของการเรียนส่วนใหญ่ (ประมาณ 80%) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ CAM ในการประเมินผู้สูงอายุ มีการฝึกสัมภาษณ์ตามคู่มือการฝึกอบรม CAM ซึ่งมีสถานการณ์ผู้ป่วยหลากหลายสถานการณ์ และได้ทำแบบทดสอบสั้น ๆ เพื่อเป็นการประเมินหรือทดสอบตนเอง ในช่วง 1 เดือนก่อนการวิจัยจริง วิธีดำเนินการกับผู้สูงอายุจะได้รับการสัมภาษณ์ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากรับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน แต่ถ้าผู้ป่วยมาช่วงเช้ามืด เช่น ดิถีจะได้รับการประเมินไม่เกิน 10 โมงเช้า จะเก็บข้อมูลเฉพาะวันทำการ ช่วงเช้าและบ่าย (early evening shifts) หลังจากที่ได้รับคามยินยอมจากผู้ป่วย ผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ประเมิน MMSE-ALFI และต่อด้วย CAM ภายหลังทันทีเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสังเกต การตอบสนอง ของผู้ป่วย ระหว่างการสนทนา การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสัมภาษณ์ พูดคุย การขอการยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากการรวบรวมเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง และข้อมูล ทางประชากรและทางสังคมและตรวจสอบอาการผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการ ของภาวะสับสนในปัจจุบัน และอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันมีหรือไม่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ในการตัดสินใจการประเมินอาการของผู้ป่วยด้วย ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการประเมินโดย ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้วรายงาน แพทย์เฉพาะทางสูงอายุ (1 ใน 3 คน ที่เป็นทีมวิจัย) ให้มาประเมินผู้ป่วยซ้ำภายใน 3 ชั่วโมง และเพื่อให้เกิดการปกปิดข้อมูล (Blinding) สำหรับแพทย์ ผู้ช่วยวิจัยที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยจะส่งผู้ป่วยที่มีอาการ Dementia คะแนน MMSE-ALFI ต่ำกว่า Cutoff คือ 17 คะแนนลงมา ไปให้แพทย์ประเมินด้วย 50 % ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะใช้เครื่องมือประเมิน CAM และ MMSE-ALFI ประเมินผู้ป่วยเช่นเดียวกับผู้ช่วยวิจัย แต่ค่าคะแนน CAM ของทั้ง 2 คนจะไม่ถูกเอามาเปรียบเทียบกัน เพราะเป็นการประเมินคนละช่วงเวลา อาการต่างๆอาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในแต่ละช่วงของวันได้โดยที่แพทย์จะวินิจฉัยตัดสินภาวะโรคของผู้ป่วยตามเกณฑ์ DSM-III-R and the DSM-IV ด้วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 77 คน (8.5%ของผู้ป่วยทั้งหมด) ถูกระบุโดยผู้ช่วยวิจัยว่ามีแนวโน้มมีอาการเพ้อ และทดสอบความเชื่อมั่นในการประเมิน ผู้ป่วย 21 คน (ในกลุ่ม 77 คน) ที่มีอาการเพ้อ (positive CAM) และ 89 คน ของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเพ้อ (negative CAM) { ใน 89 คนซึ่งครึ่งหนึ่ง (52.8%) เป็นผู้ที่ได้คะแนน MMSE-ALFI ต่ำกว่า 17 คะแนน คือมีภาวะสภาพจิตบกพร่อง } ถูกส่งไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการประเมินของผู้ช่วยวิจัย พบว่าถ้าประเมินตามเกณฑ์ CAM มี 19% มีอาการเพ้อ ถ้าประเมินตามเกณฑ์ DSM-III-R มี 22% มีอาการ

เพื่อ ถ้าประเมินตามเกณฑ์ DSM_IV มี 20% มีอาการเพ้อ และถ้าประเมินตามการตัดสินใจ (Impression) ของแพทย์เอง 21% มีภาวะสับสนค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของการประเมินจากผู้ช่วยวิจัยที่ประเมินอาการเพ้อด้วยเครื่องมือ CAM เปรียบเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญค่า kappa statistics (95%CI)ระหว่าง CAM & DSM-III-R=0.86 ; CAM & DSM-IV=0.97; CAM & Clinical Impression =0.94 และค่าการประเมินเปรียบเทียบการระบุหรือวินิจฉัย อาการเพ้อ ระหว่างผู้ช่วยวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ค่า kappa coefficient=0.91 statistics the sensitivity= 0.86, the specificity =1.00, the PPV= 1.00, and the NPV= 0.97

สรุปเพื่อนำไปใช้ การประเมินสภาพจิตและประเมินอาการเพ้อโดยการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ (CAM) และผู้ประเมินผ่านการฝึกอบรม ฝึกทักษะจนมีความน่าเชื่อถือในการประเมิน จะสามารถประเมินอาการเพ้อใกล้เคียงกับที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญประเมิน

เรื่องที่ 5. Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *Journal of the American Medical Association*, 304, 779-786.

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบถึงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อดูความแม่นยำของ Bedside instruments ในการวินิจฉัยการเกิด Delirium ในผู้ใหญ่ วิธีการศึกษาค้นหาข้อมูลจาก MEDLINE (จากปี 1950-พฤษภาคม 2010) และ EMBASE (จากปี 1980-พฤษภาคม 2010), เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัย ศึกษางานวิจัยที่ใช้เครื่องมือประเมินภาวะ confusion หรือ delirium เป็นการศึกษาแบบ prospective กับผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่เข้า ICU มีมาตรฐานการอ้างอิงการวินิจฉัยคือ DSM-III, DSM-III-R หรือ DSM-IV ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทาง (แพทย์ผู้ป่วยสูงอายุ, ประสาทแพทย์, หรือจิตแพทย์) เพื่อการทดสอบอ้างอิง (Reference Tests) การประเมินคุณภาพของเครื่องมือโดยทดสอบความแม่นยำ, ค่าความไว, ค่าความจำเพาะ, และ Likelihood ratio (LRs) ได้งานวิจัยทั้งสิ้น 79 เรื่องคัดออก 54 เรื่องเนื่องจากไม่เป็นตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด มีการศึกษาเพียง 25 เรื่องที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาสกัดและสังเคราะห์ ขนาดตัวอย่างตั้งแต่ 26-791 คน (N=3027) มีเครื่องมือข้างประเมิน delirium 11 เครื่องมือที่มีความแม่นยำในการวินิจฉัยเพียงพอ Accuracy of Clinical Examination in the Diagnosis of Delirium ซึ่งได้แก่ The Global Attentiveness Rating (GAR), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Confusion Assessment Method (CAM), Delirium Rating Scale Revised-98 (DRS-R-98), Clinical Assessment of Confusion (CAC), และ Delirium Observation Screening Scale (DOSS) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมามีค่า LR > 5.0 สำหรับการวินิจฉัย delirium ทุกเครื่องมือใน 11 เครื่องมือนี้ ใช้ Reference Tests โดย

อ้างอิงจากการวินิจฉัยจาก DSM โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ให้การวินิจฉัย และพบว่า เครื่องมือ CAM มีข้อมูลสนับสนุนว่าสามารถใช้เป็นเครื่องมือข้างเคียงในการค้นหา delirium ได้ดีที่สุด (จากงานวิจัยทั้งหมด 12 การศึกษา ค่า summary-Sensitivity 86 (74-93) , summary Specificity 93 (87-96, summary-positive LR, 9.6; 95% CI, 5.8-16.0; summary-negative LR, 0.16; 95% CI, 0.09-0.29)

สรุปเพื่อนำไปใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการวิเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือที่สามารถ ประเมินได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาสั้นประมาณ 5 นาที สามารถประเมินไปพร้อมกับทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ และมีความแม่นยำ พบว่าเครื่องมือ CAM ได้รับการพิจารณาว่าเป็นเครื่องมือประเมินที่ดีที่สุด (gold standard) สามารถใช้ประเมินได้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ไม่มีความรู้ทางจิตเวชแต่ต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะที่เพียงพอ

จากการวิเคราะห์เนื้อหาสาระหลักของงานวิจัย 5 เรื่อง นำมาสรุปผลการศึกษาลงใน ตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (collective table) ดังแสดงในตารางที่ 3.3 ดังนี้

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

หัวเรื่อง	รายละเอียด	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
		Elie et al., 2000	Han et al., 2009	Hustey, & Meldon, 2002	Monette 2001	Wong et al., 2010
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์	Retrospective Study	Level II			Level I	
	Prospective Study		Level II	Level II		
	Systematic review					Level II
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความชุกของอาการเพื่อ	✓		✓		
	เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบอาการเพื่อ	✓	✓	✓	✓	
	เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเพื่อ		✓			
	เพื่อดูความแม่นยำของ Bedside instruments					✓
อายุ /จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		≥ 65 ปี 477 คน	≥ 65 ปี 303 คน	≥ 70 ปี 297 คน	≥ 66 ปี 110 คน	เป็นการทบทวนงานวิจัย prospective 12 เรื่อง

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	รายละเอียด	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
		Elie et al., 2000	Han et al., 2009	Hustey, & Meldon, 2002	Monette 2001	Wong et al., 2010
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	เครื่องมือมาตรฐาน	CAM	CAM-ICU	CAM	CAM โดย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ	แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ประเมิน ตามเกณฑ์ DSM
	เครื่องมือเปรียบเทียบ	ประเมิน ตามปกติ	ประเมิน ตามปกติ	ประเมิน ตามปกติ	CAM โดย ผู้ช่วยวิจัย	ใช้เครื่องมือ CAM
คุณภาพเครื่องมือ	ค่าความไว (Sensitivity) ของ การประเมินอาการ เพื่อ โดยแพทย์ แผนกฉุกเฉินด้วย วิธีประเมิน ตามปกติ เปรียบเทียบกับการ ใช้เครื่องมือ CAM	35.3%	24 %	17 %		
	ค่าความไว (Sensitivity) และค่า ความจำเพาะ (Specificity) ของ การใช้เครื่องมือ CAM ประเมิน อาการเพื่อ เปรียบเทียบ ระหว่างแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญกับ ผู้ช่วยวิจัย				86% (Sensitivity) 100% (Specificity)	

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	รายละเอียด	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
		Elie et al., 2000	Han et al., 2009	Hustey, & Meldon, 2002	Monette 2001	Wong et al., 2010
	ค่าความไว (Sensitivity) และ ค่าความจำเพาะ (Specificity) ของ การใช้เครื่องมือ CAM ประเมิน อาการเพื่อ เปรียบเทียบกับ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากงานวิจัย จำนวน 12 เรื่อง					86% (Sensitivity) 93% (Specificity)
ผู้ใช้ CAM และ CAM-ICU ในการ ประเมิน อาการเพื่อ	แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ	✓			✓	✓
	พยาบาล					✓
	ผู้ช่วยวิจัยอื่นๆ		✓	✓	✓	✓
วิธีการ เลือกกลุ่ม ตัวอย่าง	Blind	✓	✓		✓	ไม่ได้ระบุ
	No blind			✓		

ตารางที่ 3.3 สรุปการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

หัวเรื่อง	รายละเอียด	เรื่องที่ 1	เรื่องที่ 2	เรื่องที่ 3	เรื่องที่ 4	เรื่องที่ 5
		Elie et al., 2000	Han et al., 2009	Hustey, & Meldon, 2002	Monette 2001	Wong et al., 2010
คุณสมบัติผู้ใช้เครื่องมือ CAM	ผ่านการฝึกอบรม		✓	✓	✓	ไม่ได้ระบุ
/CAM -ICU ในการประเมินอาการเพื่อ	ไม่ผ่านการฝึกอบรม	✓				
ผลการศึกษา	ความชุกของการตรวจพบอาการเพื่อโดยการใช้เครื่องมือประเมิน	9.6% (CAM)	6.9% CAM-ICU	10% (CAM)	8.5% (CAM)	ไม่ได้ระบุ

✓ พบว่ามีการศึกษาหัวข้อนั้นๆ ในหลักฐานเชิงประจักษ์

3.3 ประเด็นที่ได้จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง สามารถนำมาสรุปเป็นประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเพ้อ ในแผนกฉุกเฉินในการศึกษาวิจัยมีเพียง 2 เครื่องมือ คือ เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) (Elie et al., 2000, Level II; Hustey & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I; Wong et al., 2010, Level II) และ เครื่องมือ Confusion Assessment Method for the Intensive care Unit (CAM-ICU) (Han et al., 2009, Level II)

3.3.2 ผู้ใช้เครื่องมือ CAM และ CAM-ICU มีทั้งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ (Elie et al., 2000, Level II; Monette et al., 2001, Level I) และผู้ช่วยวิจัยที่ต้องมีการอบรมความรู้และฝึกทักษะการประเมินก่อนใช้เครื่องมือ (Han et al., 2009, Level II; Elie et al., 2000, Level II; Hustey & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I) โดยผู้ใช้เครื่องมือควรผ่านการอบรม ดังนี้ (Han et al., 2009, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

1) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการเพ้อ สาเหตุ ผลตามมา การประเมินและการบำบัดดูแล 2) มีการอภิปรายเกี่ยวกับอาการและปัญหาต่างๆ ในการประเมินกับผู้สอน 3) สังเกตการประเมินผู้ป่วย จากการสอนสาธิต หรือการดู VIDEO 4) ศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรมแสดงออกทั้งลักษณะซึ่ม (Hypoactive psychomotor subtype) ลักษณะตื่นตัว (hyperactive psychomotor subtype) หรือแบบผสม (mixed motor subtype) จากคู่มือการศึกษา และจากสถานการณ์จริง 5) มีการทดสอบความรู้และความสามารถในการใช้เครื่องมือ โดยการทำแบบทดสอบการประเมินอาการเพ้อในสถานการณ์ต่างๆ จากคู่มือการศึกษา การฝึกจากสถานการณ์จำลอง และลงปฏิบัติจริงโดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นิเทศ

3.3.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่แผนกฉุกเฉินเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Han et al., 2009, Level II; Elie et al., 2000, Level II; Hustey & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

3.3.4 สถานที่ทำการวิจัยเป็นแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้งหมด ไม่มีการทำการศึกษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉินเลย (Han et al., 2009, Level II; Elie et al., 2000, Level I; Hustey & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

3.3.5 ความชุกของผู้สูงอายุที่มีอาการเพ้อที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 6.9-10 (Han et al., 2009, Level II; Elie et al., 2000, Level I; Hustey, & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I) แต่ถ้าที่ประเมินแผนกอื่นร่วมด้วยเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 15-62 (Wong et al., 2010, Level II)

3.3.6 การประเมินอาการเพ้อโดยแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน โดยการซักประวัติ สัมภาษณ์และตรวจร่างกายตามปกติ แพทย์จะเขียนรายงานการพบอาการเพ้อเฉลี่ยประมาณร้อยละ 17-35 ของการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ จากการประเมินด้วยเครื่องมือ CAM หรือ CAM-ICU จากผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ CAM ก่อนการประเมินผู้ป่วยจริง สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ เฉลี่ยร้อยละ 86 ของการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3.3.7 เครื่องมือ CAM และเครื่องมือ CAM-ICU เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพพอควร กล่าวคือ จากการศึกษาการใช้เครื่องมือ CAM ในการประเมิน อาการเพ้อจำนวน 12 เรื่อง พบ ค่า summary- Sensitivity 86 (74-93) , summary Specificity 93 (87-96) , summary-positive LR, 9.6; 95% CI, 5.8-16.0; summary-negative LR, 0.16; 95% CI, 0.09-0.29) (Wong et al., 2010, Level II) และมีรายงานว่า การใช้เครื่องมือ CAM-ICU มีค่า sensitive (93% to 100%) specific (98% to 100%) และ interrater reliability K= 0.77-0.95 (Han et al., 2009, Level II)

3.3.8 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในแผนกฉุกเฉินที่มีอัตราการมีอาการเพ้อสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองเสื่อม มีความบกพร่องเรื่องการเรียนรู้ ผู้ป่วยโรคปอดบวม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง (Elie et al., 2000, Level I; Han et al., 2009, Level II)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องพบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษากล่าวคือ การประเมินอาการเพ้อควรใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะการประเมินที่ดี มีความเชื่อถือได้ สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อในแผนกฉุกเฉินได้ตรงตามสภาพอาการมากกว่าการที่แพทย์ตรวจร่างกายและซักประวัติตามปกติ กล่าวคือรายงานการวิจัยพบว่าแพทย์สามารถระบุผู้ป่วยมีอาการเพ้อได้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ถูกค้นพบโดยใช้เครื่องมือ CAM และ CAM-ICU ในการประเมิน (Han et al., 2009, Level II; Hustey, & Meldon, 2002, Level II) ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษา

ในแผนกฉุกเฉินด้วยเครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐาน ที่ใช้เวลาประเมินสั้นๆ เพราะการที่สามารถระบุ ว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมได้เพิ่มขึ้น ช่วยส่งเสริมคุณภาพการบำบัดดูแลให้ดียิ่งขึ้น แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อในการวินิจฉัยอาการเพื่อในแผนกจิตเวชฉุกเฉินโดยตรง มีเพียงการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินทั่วไป ดังนั้นข้อเสนอแนะการประเมินอาการ เพื่อในแผนกจิตเวชฉุกเฉินในครั้งนี้ จึงเป็นข้อแนะนำที่ต้องประยุกต์ข้อค้นพบจากการศึกษาใน แผนกฉุกเฉินทั่วไป ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ ผลจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 5 ฉบับได้ข้อแนะนำดังนี้

3.4.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินอาการเพื่อ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกฉุกเฉินทุกราย (Elie et al., 2000, Level II; Han et al., 2009, Level II) และควรได้รับการประเมินอาการเพื่อเป็นระยะๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองเสื่อม มีความบกพร่องการได้ยิน ผู้ป่วยโรคปอดบวม ผู้ป่วยโรคถุงลมอุดตันเรื้อรัง (Han et al., 2009, Level II)

3.4.2 เครื่องมือที่เหมาะสมจะใช้ประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉิน ได้แก่

1) The Confusion Assessment Method (CAM) (Elie et al., 2000, Level II; Hustey & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I; Wong et al., 2010, Level II) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้และได้รับการวิจารณ์ว่าเป็นเครื่องมือประเมินอาการเพื่อที่ดีที่สุด (Wong et al., 2010) (Level II) สามารถใช้ประเมินได้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรสุขภาพทั่วไป มีการใช้ในการประเมินผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยICU แผนกฉุกเฉิน และเป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำตรงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง (Monette et al., 2001, Level I) อย่างไรก็ตามก็ดียังไม่มีการศึกษาการนำเครื่องมือ CAM มาใช้ในแผนกจิตเวชฉุกเฉินโดยเฉพาะ ดังนั้นการนำมาปรับใช้จึงจำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยในแผนกจิตเวชฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสภาพจิต (Mental status) บกพร่องมีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อ และผู้ป่วยจิตเวชก็อาจมีอาการเพื่อร่วมด้วยได้เช่นกัน

2) The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือ CAM โดยปรับให้ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่นผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและต้องไม่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว มีข้อดีคือใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่าการใช้เครื่องมือ CAM ครอบคลุมเวลาผู้ป่วยน้อยลง รวมทั้งมีความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (Han et al., 2009, Level II)

3.4.3 ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือ CAM และ CAM-ICU เป็นเครื่องมือกึ่งโครงสร้าง (Semi structure) ที่พัฒนาจาก DSM III-R โดยInouyeและคณะ(1990) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ CAM และ Ely และคณะ(2001) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ CAM-ICU โดยประเมินใน 4 กลุ่มอาการหลักดังนี้

ลักษณะที่ 1 อาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ

ลักษณะที่ 2 การไม่มีสมาธิ ผู้ที่มีอาการเพื่อไม่สามารถให้ความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน เช่น ไวต่อสิ่งกระตุ้นหรือออกแวงง่าย จับประเด็นที่กำลังสนทนาไม่ได้

ลักษณะที่ 3 กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องสับสน หรือพูดไม่ต่อเนื่อง พูดออกนอกเรื่องไม่ตรงประเด็น เปลี่ยนเรื่องพูดเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งอย่างรวดเร็ว

ลักษณะที่ 4 ระดับการรู้สึกตัวในภาพรวมเปลี่ยนแปลง

การวินิจฉัย delirium จะต้องมียกทั้งลักษณะที่ 1 และ 2 และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในลักษณะที่ 3 และ 4 หรือมีทั้งลักษณะที่ 3 และ 4 ก็ได้ (Wong et al., 2010, Level II)

3.4.4 คุณสมบัติของผู้ใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเพ้อ

ผู้ใช้เครื่องมือประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน อาจเป็นแพทย์ พยาบาลหรือนักการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมวิธีการเครื่องมือประเมินอาการเพ้อ (Han et al., 2009, Level II; Wong et al., 2010, Level II)

3.4.5 การเตรียมความพร้อมของผู้ประเมิน เนื่องจากเครื่องมือ CAM และ เครื่องมือ CAM-ICU เป็นเครื่องมือกึ่งโครงสร้าง (Semi structure) การประเมินมีทั้ง 1) การสังเกตหรือการทดสอบ 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ ผู้ดูแล หรือผู้เกี่ยวข้อง 3) การใช้ข้อมูลบันทึกรายงานอาการที่ผ่านมาด้วย และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยต้องใช้ความสามารถของผู้ประเมิน โดยเฉพาะการประเมินด้วยเครื่องมือ CAM-ICU ต้องอาศัยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้น (Clinical judgment to assess) (Han et al., 2009, Level II) ซึ่งจะประเมินยากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ดังนั้นผู้ที่ประเมินอาการเพ้อโดยใช้เครื่องมือ CAM และเครื่องมือCAM-ICUจึงต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้ในเรื่องอาการเพ้อและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือที่เพียงพอ (Han et al., 2009, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

3.4.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการสื่อสาร และผู้ประเมินมีความเชี่ยวชาญในเรื่องอาการเพ้อมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ เครื่องมือ CAM-ICU จะมีความเหมาะสมมากกว่าเนื่องจากใช้เวลา และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่าการใช้เครื่องมือ CAM (Han et al., 2009, Level II)

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีกระบวนการดำเนินการดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาทางคลินิก การศึกษาวิธีการประเมินอาการเพ้อที่มีคุณภาพดี มีความไวและความจำเพาะในการประเมินอาการเพ้อ และใช้เวลาในการประเมินสั้นเหมาะที่จะนำมาใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพจำนวน 5 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง และงานวิจัยศึกษาแบบย้อนหลัง 2 เรื่อง 3) วิเคราะห์ สกัด ประเด็นสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง และสรุปลงในตารางรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นจึงสังเคราะห์และสรุปประเด็นเพื่อนำไปสู่ข้อแนะนำ (Recommendations) ดังนี้ 1) เครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในแผนกฉุกเฉินมี 2 เครื่องมือ คือ 1. The Confusion Assessment Method (CAM) พัฒนาโดย Inouye และคณะ (1990) 2. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) พัฒนาโดย Ely และคณะ (2001) ซึ่งสามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสารได้ และใช้เวลาในการประเมินสั้นกว่าเครื่องมือ CAM ทั้ง 2 เครื่องมือพัฒนาตามหลักเกณฑ์ของ DSM III-R ใน 4 องค์ประกอบคือ 1) อาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ 2) การไม่มีสมาธิ ผู้ที่มีอาการเพ้อไม่สามารถให้ความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน 3) กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ และ 4) ระดับการรู้สึกตัวในภาพรวมเปลี่ยนแปลง ทั้ง 2 เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีค่าความไวและความจำเพาะที่ดี โดยที่ผู้ใช้เครื่องมือประเมินอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักสหการที่ผ่านการฝึกอบรมความรู้และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้เครื่องมือ จะช่วยให้ค้นพบผู้มีอาการเพ้อได้มากกว่าการตรวจผู้ป่วยตามปกติ

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1) เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาเป็นการศึกษาการประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด การที่จะนำเครื่องมือCAM หรือ CAM-ICU มาปรับใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก็ควรมีการศึกษานำร่องว่าจะสามารถประเมินได้แม่นยำเช่นเดียวกับการประเมินในแผนกฉุกเฉินทั่วไปหรือไม่ ก่อนที่จะนำมาปฏิบัติจริง

2) ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะมีการนำเอาเครื่องมือ CAM-ICU มาใช้ประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินเพียง 1 การศึกษา แต่น่าจะมีการฝึกทักษะการใช้ CAM-ICU และนำมาทดลองใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาในการประเมินน้อย ใช้วิธีให้ผู้ป่วยตอบคำถามเพียง ใช่ หรือไม่ใช่ โดยวิธีพยักหน้า หรือทำสัญญาณมือเท่านั้น พยาบาลในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นผู้มีทักษะในการประเมินสภาพจิต (Mental status) น่าจะฝึกทักษะใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อดังกล่าว และสามารถประเมินผู้ป่วยฝ่ายกายมีอาการเพื่อและมีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยจิตเวชมีอาการเพื่อร่วมด้วยที่มารับการรักษาในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินได้ ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

3) เพื่อเพิ่มโอกาสการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อในผู้เข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ควรมีการใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ เป็นต้น ส่งเสริมให้พยาบาลในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตระหนักถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

4) พยาบาลในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินมีการพัฒนาเรื่องการประเมินภาวะเพื่อ มีการบันทึกผลการประเมินลงในเวชระเบียน เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
ASSESSMENT OF DELIRIUM IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM:
EVIDENCE - BASED NURSING

วรรณวิมล เดชกำแหง 4936685 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร, พย.ด., อัจฉราพร สิริรัญวงศ์, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการเพ้อเป็นความผิดปกติทางจิตที่มีสาเหตุทางกาย (Organic mental disorders) ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการทางสมองเฉียบพลัน มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ มีความผิดปกติ หรือบกพร่อง ในเรื่องความจำ สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล ความสามารถในการจดจำหรือคงความสนใจลดลง มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม (Monette et al., 2001) อาการเพ้อเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยลดลง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สูงขึ้น การไม่รักษาจะกลายเป็นโรคความจำเสื่อม

เกณฑ์การวินิจฉัยอาการเพ้อของ DSM-IV มีดังนี้คือ 1) มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น ความตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความสามารถในการสนใจหรือดำรงการสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง หรือ เสียสมาธิง่าย 2) มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด(cognition) เช่น ความจำ บกพร่อง หลงวันเวลา สถานที่ บุคคล มีปัญหาด้านการใช้ภาษา หรือ มีความผิดปกติของการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่มีอยู่เดิม 3) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดในระยะเวลาอันสั้น มักเป็น ชั่วโมงหรือวัน และมีอาการสลับกันระหว่างอาการดีขึ้น และเลวลง 4) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากความผิดปกติ

ของโรคทางกาย อุบัติการณ์ของอาการเพ้อ อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละรายงาน ขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัยภาวะนี้ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีอาการเพ้อเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1-4 (Folstein, Bassett, Romanoski, & Nestadt, 1991) ในแผนกฉุกเฉินพบประมาณร้อยละ 10-15 (Meagher, 2001) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปพบร้อยละ 10-25 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนพบร้อยละ 30-50 (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008) และพบในผู้ป่วยที่สมองเสื่อมที่มีอาการเพ้อร่วมด้วย (delirium superimposed on dementia) ระหว่างร้อยละ 22 - 89 (Fick, Agostini, & Inouye, 2002)

อาการเพ้อสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท โดยพิจารณาจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Meagher et al. 2008., Sendelbach, Guthrie, Nea, & Schoenfelder, 2009) คือ 1) อาการเพ้อที่มีลักษณะตื่นตัวหรือแบบกระวนกระวาย (Hyperactive Subtype) ผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ คือ มีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ สูญเสียการควบคุมตนเอง(หงุดหงิดและก้าวร้าว) กระสับกระส่ายและเดินโดยไร้จุดหมาย (wandering) 2) อาการเพ้อที่มีลักษณะซึม หรือแบบสงบเสงี่ยม แยกตัว (Hypoactive Subtype) ผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการคือ การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง การพูดน้อยลง การทำกิจกรรมต่างๆ ช้าลง พูดช้าลง การรับรู้สิ่งแวดล้อมลดลง กระสับกระส่าย 3) อาการเพ้อที่มีลักษณะผสม (Mixed Motor Subtype) โดยพบในรอบ 24 ชั่วโมง บางช่วงผู้ป่วยมีลักษณะตื่นตัว บางช่วงซึมลง จากการศึกษาของ Han, Wilson, และ Ely (2010) ได้ทบทวนงานวิจัย 6 การศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่ จะมีอาการเพ้อที่มีลักษณะ Hypoactive หรือเป็นแบบ Mixed พบว่ามีอาการเฉพาะแบบ Hyperactive เพียงอย่างเดียวจำนวนน้อย และการศึกษาในแผนกฉุกเฉินซึ่งมีเพียง 1 การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในอาการเพ้อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีอาการแบบ Hypoactive ส่วนอาการแบบ Mixed และแบบ Hyperactive จำนวนน้อยพบเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเพ้อ ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยเสี่ยงหรือความเปราะบางของผู้ป่วยเอง (patient vulnerability of delirium) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors of delirium) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการที่จะมีอาการเพ้อสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม และผู้ที่มีการเจ็บป่วยหลายโรคร่วมกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้เพียงได้ยาแก้ปวด (analgesics narcotic) จำนวนไม่มากนักก็อาจกระตุ้นให้เกิดอาการเพ้อได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการเพ้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล มีหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เพศชาย การมีโรคร่วมทั้งจำนวนของโรคร่วมและ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม โรคเรื้อรัง โรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย การมีประวัติได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาที่มีผลต่อจิตประสาท มีประวัติใช้สุราและสารเสพติด การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำ

กิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง การมีปัญหามีเกี่ยวกับการรับสัมผัส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การรับประทานอาหารได้น้อย มีแนวโน้มขาดสารน้ำ ขาดสารอาหาร การรู้คิดเปลี่ยนไป เช่น ภาวะสมองเสื่อม มีประวัติเคยมีอาการซึม เพื่อก่อน และมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น (Alagiakrishnan & Wiens, 2004; Cole, 2004; Han, Wilson & Ely, 2010) และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเพื่อได้แก่ การที่มีปัญหาในระบบต่างๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบหายใจ การมีอาการเจ็บปวดที่รุนแรง อาการบาดเจ็บ ขาดสารน้ำ มีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป การมีความผิดปกติทางเมตาบอลิก ได้แก่ การขาดวิตามินบี 1 ภาวะตับ ไตวาย การเสียสมดุลเกลือแร่ น้ำตาลกรดต่าง และฮอร์โมนไทรอยด์ การใช้ยา เช่น ได้รับยาหลายชนิดหรือเปลี่ยนยา ยาแก้ปวด เช่น meperidine, nonnarcotics เช่น non-steroidal anti-inflammatory drugs ยาที่มีฤทธิ์ต้านระบบโคลิเนอร์จิก เช่น ยาแก้แพ้ (antihistamine) ยารักษาโรคพาร์กินสัน (levodopa) ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (methyldopa, reserpine) ยาทางจิตเวช เช่น tricyclic antidepressants, lithium เป็นต้น พืชจากการใช้สุราและสารเสพติด เช่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้าและยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ เช่น benzodiazepine และการขาดสุรา การเจ็บป่วยรุนแรงในระบบต่างๆ เช่น ระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เลือดออกในสมอง โรคลมชัก (seizures and postictal state) เชื้อหุ้มสมองติดเชื้อ หรือสมองอักเสบ ระบบหัวใจและระบบหายใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระบบหัวใจล้มเหลว ระบบหายใจล้มเหลว และภาวะช็อก การมีภาวะแทรกซ้อน (iatrogenic disease) ได้แก่ ได้รับการทำหัตถการหรือผ่าตัดหลายอย่างหรือผ่าตัดนาน การคายสว่นปัสสาวะนาน การผูกขี้ด ผู้ป่วย การได้รับการกระตุ้นหรือขาดสิ่งกระตุ้นและการขาดการนอน เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการของผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉินได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม การเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงและความผิดปกติของการได้ยิน (Han et al., 2009) สำหรับการศึกษาอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินนอกจากปัจจัยที่พบในหน่วยฉุกเฉินทั่วไปแล้วยังพบว่า ยาทางจิตเวช การขาดสุรา (delirium tremens) และพิษของสารเสพติด เช่น ยาบ้า เฮโรอีน กัญชากระตุ้นให้เกิดอาการเพื่อได้ และผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องรับประทานอาหารและน้ำน้อยติดต่อกันนานก็จะเกิดอาการเพื่อได้ (Cole, 2004)

ผลกระทบที่เกิดตามมาหลังอาการเพื่อ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกันและมีภาวะแทรกซ้อน เมื่อไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อ ไม่ได้แก้ไขตามสาเหตุ อาการก็จะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะต้อง

กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุ อาจพิการหรือเกิดโรคสมองเสื่อม ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (O'Keefe, & Lavan, 1997)

การวินิจฉัยอาการเพ้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-recognized) ทั้งๆ ที่ปัญหาการที่ผู้ป่วยมีอาการเพ้อ ก่อให้เกิดผลลบที่รุนแรงตามมาประมาณการว่ามากกว่าสองในสามของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ ไม่ได้ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อ (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008) จากการศึกษาของ Lewis Lewis, Miller, Morley, Nork, and Lasater, (1995) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 385 คน ประเมินด้วยเครื่องมือ Confusional Assessment Method (CAM) พบว่า 38 คน (ร้อยละ 10) มีอาการเพ้อ โดยที่ 17 คน ได้ 3 คะแนนซึ่งหมายถึงมีแนวโน้มที่จะมีอาการเพ้อ ผู้ป่วย 21 คน ได้ 4 คะแนนซึ่งหมายถึงมีภาวะอาการเพ้อ แต่แพทย์ผู้ตรวจรักษาให้การวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่ามีอาการเพ้อเพียง 6 คน (ร้อยละ 17 ของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อทั้งหมด) และการศึกษาของ Swigart, Kishi, Thurber, Kathol, and Meller (2008) ที่ศึกษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในการรับผู้ป่วยจากแผนกอื่นๆของโรงพยาบาล พบว่าการส่งตัวผู้ป่วยมารักษาแผนกจิตเวช 99 คน โดยให้ข้อวินิจฉัยเบื้องต้นได้ถูกต้องว่ามีอาการเพ้อเพียง 36 คน (ร้อยละ 36.4) ผู้ป่วยที่เหลือ 63 คน ซึ่งมีอาการเพ้อแต่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นอย่างอื่น หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชเช่น คิดสารเสพติดและมีอาการเพ้อรวมด้วยแต่ไม่ได้รายงานว่ามีอาการเพ้อ โดยพบว่าผู้ป่วยถูกรายงานว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 33 คิดสารเสพติด ร้อยละ 22 ส่งมาเพื่อประเมินโรคทางจิตเวช ร้อยละ 17.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14 เป็นโรคจิตเวช ร้อยละ 8 วิตกกังวล ร้อยละ 5 กระวนกระวายร้อยละ 5 ประเมินความสามารถ ร้อยละ 5 ปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 3 และโรคทางกายที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ร้อยละ 1.6

การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริงมีหลายสาเหตุ อาจเนื่องจากอาการหลายอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ มีช่วงของอาการกว้าง เช่นอาจมีตั้งแต่ลักษณะการเคลื่อนไหวตื่นตัวไปจนถึงไม่ค่อยเคลื่อนไหว ซึม หรือเป็นแบบผสม รวมทั้งผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ ในรอบ 24 ชั่วโมง (Pae et al., 2008) และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคอื่นบางโรค เช่นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าจะมีบางอาการคล้ายอาการเพ้อ โดยที่โรคสมองเสื่อมจะมีปัญหาในเรื่องความจำ ความสามารถในการคิดเช่นเดียวกัน แต่จะมีลักษณะที่เฉพาะต่างกันกล่าวคือ ภาวะสมองเสื่อมความสามารถในการเข้าใจและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเสีย แต่อาการเพ้อความสามารถในการจดจ่อกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งเสียและผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าก็จะมีลักษณะการเคลื่อนไหวช้า คิดช้า คล้ายกับผู้ป่วยอาการเพ้อประเภทซึมได้เช่นกัน แต่จะมีลักษณะอื่นๆที่ต่างกัน ถึงแม้บางอาการจะมีลักษณะคล้ายกัน แต่ลักษณะเด่นของอาการเพ้อคือ การมีอาการแบบเฉียบพลันและอาการขึ้นๆลงๆของการรู้สึกตัว ความสามารถในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง (Gillis, & Macdonald, 2006)

จากการที่อาการเพื่อมีลักษณะอาการไม่แน่นอน และไม่คงที่ อาการจะเป็นมากขึ้นหรือน้อยลงในช่วงเวลาของวันแตกต่างกัน จึงทำให้การประเมินผู้ป่วยแต่ละช่วงใดช่วงหนึ่งเพียงครั้งเดียว ไม่ได้มีการเปรียบเทียบกับเวลาอื่นที่ผ่านมา เช่นเปรียบเทียบจากการซักประวัติว่าช่วงไหนผู้ป่วยมีอาการเป็นน้อย อาการเป็นปกติ หรือช่วงไหนที่มีอาการเป็นมากจากรายงานของผู้ดูแลก่อนหน้านี้ และการที่ไม่ได้มีการปฏิบัติเพื่อประเมินอาการเพื่อ ก็เป็นสาเหตุให้ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาจไม่มีการประเมินหรือมีการประเมินแต่ไม่ได้ลงในรายงานผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการเพื่อ ที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพราะการที่สามารถตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกๆ (early detection) ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการเพื่อ จะช่วยป้องกันการเกิดอาการเพื่อ สามารถบำบัดดูแลผู้ป่วยอาการเพื่อ ได้ตามสาเหตุจะช่วยลดระยะเวลาในการรักษา การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตได้มากขึ้น

การวินิจฉัยอาการเพื่อ แพทย์จะใช้วิธี ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต การซักประวัติจากบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น ญาติหรือผู้ดูแล และนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจมาวิเคราะห์วินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) แต่ในทางปฏิบัติหลายหน่วยงานได้ใช้เครื่องมือประเมินที่พัฒนาได้มาตรฐานในการประเมินและวินิจฉัยอาการเพื่อ โดยเลือกเครื่องมือที่มีความสะดวกต่อการใช้ มีความน่าเชื่อถือในการประเมิน และมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมาปรับใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้สามารถประเมินได้ โดยใช้เวลาน้อยลง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเพื่อที่มีใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด เช่น 1) เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) เป็นเครื่องมือที่ใช้การสังเกตและวินิจฉัยตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III-R criteria for delirium 2) The Delirium Index (DI) เป็นเครื่องมือที่ปรับมาจาก CAM และสามารถบอกระดับความรุนแรงของอาการเพื่อ 3) The Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นเครื่องมือที่ส่วนใหญ่ผู้ใช้เป็นผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก (clinical practice) ใช้เพื่อการวินิจฉัย และติดตาม (monitoring) การฟื้นหายจากอาการเพื่อ 4) The Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อใช้ในการสังเกตอาการผู้ป่วยที่เข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน ประเมินภาวะเสี่ยง ภาวะปัจจุบัน และความรุนแรงของอาการเพื่อ 5) The Delirium-O-Meter (DOM) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตพฤติกรรม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเพื่อ ทั้งอาการเพื่อที่มีลักษณะตื่นตัว (Hyperactive Subtype) และ อาการเพื่อที่มีลักษณะซึม (Hypoactive Subtype)

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินอาการเพื่อมี 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1. เป็นแบบตรวจสภาพจิต (mental status questionnaires) ซึ่งช่วยประเมินการรู้คิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง แต่การประเมินในลักษณะนี้ต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนที่จะมีผลต่อการตอบสนองต่อ

การประเมิน เช่น อายุ ระดับการศึกษา สังคมวัฒนธรรม ภาษา ซึ่งจะมีผลต่อคำตอบของผู้ถูกประเมิน และ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้การสังเกตอาการและรายงานในประเมินว่ามีอาการเหล่านี้หรือไม่ ซึ่งมีข้อดีคือ ลดการรบกวนผู้ป่วยให้ตอบหรือปฏิบัติตามคำสั่งโดยตรง และสามารถประเมินได้บ่อยครั้ง แต่ไม่สามารถประเมินการรู้คิดของผู้ป่วยโดยตรงและผลของการประเมินขึ้นอยู่กับความสามารถในการสังเกตและตัดสินใจของผู้ประเมินเป็นสำคัญ ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเพื่อจึงต้องคำนึงถึงลักษณะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล วัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือ ความน่าเชื่อถือ ความไวของเครื่องมือ ความสะดวก และเวลาที่ใช้ รวมทั้งความสามารถหรือทักษะของผู้ประเมินร่วมกัน

หน่วยงานจิตเวชฉุกเฉินของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ที่มีการแยกห้องสำหรับรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นสัดส่วน กล่าวคือเป็นผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางด้าน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรง จนอาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมโดยเร่งด่วน เพื่อช่วยลดอันตรายหรือความเสียหายอันอาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้างรวมทั้งทรัพย์สิน และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาในระยะยาวที่เหมาะสมต่อไป จากการศึกษาสถิติของการรับบริการที่งานจิตเวชฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมาใช้บริการจำนวน 6205 ราย หรือประมาณวันละ 17 ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน 3 อันดับแรกได้แก่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีอาการหูแว่ว และหวาดระแวง จากการทบทวนสถิติพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเพื่อ ปีงบประมาณ 2552 จำนวน 82 ราย จากผู้ป่วย 6557 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาแผนกฉุกเฉิน) และในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 78 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.26 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาแผนกฉุกเฉิน) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อจากสาเหตุจากโรคทางกายอย่างชัดเจนจะถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลฝ่ายกาย จากรายงานปี 2552 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อถูกส่งไปรักษายังโรงพยาบาลทางฝ่ายกายทั้งหมด 27 ราย ปี 2553 จำนวน 37 ราย ในผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อเนื่องจากสุราและสารเสพติดและไม่มีปัญหาทางฝ่ายกายที่รุนแรงทางสถาบันจะรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน (ข้อมูลจากงานจิตเวชฉุกเฉินสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2553) จะเห็นได้ว่าการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินของสถาบันยังมีอัตราต่ำมาก

1.2 ปัญหาทางคลินิก

การปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วว่ามีปัญหาเร่งด่วนทางกายและทางจิตเวชอย่างไร เพื่อตัดสินใจ จำแนกความรุนแรงของปัญหา ว่าเป็นภาวะที่ต้องได้รับการบำบัดดูแลทันทีทันใด

(Immediate) แบบภาวะฉุกเฉิน (Emergency) แบบรีบด่วน(Urgent) หรือแบบกึ่งรีบด่วน (Semi-urgent) หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แพทย์วางแผนการบำบัดดูแลให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง โดยแพทย์อาจมีการประเมินเพิ่มเติมหรือส่งตรวจพิเศษตามความจำเป็นโดยการบำบัดดูแลระยะแรก (Initial Intervention) ตามความรุนแรงของปัญหาที่ประเมินได้ เพื่อจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการสงบลง (stabilize patient) โดยเน้นการปกป้องชีวิตและป้องกันการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น การช่วยเหลือด้านร่างกายให้พ้นจันอันตรายก่อนในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางกายร่วมด้วย ช่วยให้พฤติกรรมแปรปรวนเช่นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสงบลง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวผู้ปฏิบัติงานและบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ และเมื่อผู้ป่วยอาการสงบก็จะพิจารณา การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดที่เหมาะสมต่อไป อาจเป็นเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือส่งต่อให้สถานพยาบาลเครือข่ายดูแลต่อไป

สำหรับการประเมินอาการเพื่อของผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่พยาบาลจะประเมินเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ มีการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาหรือเป็นผู้ป่วยติดสุราและหยุดสุรามาก่อนหน้านี้ หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายหลายอย่างร่วมด้วย และมีอาการซึมลง ใน 1-3 วัน และปัจจุบันมีอาการเพื่อ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ ก็จะส่งต่อข้อมูลให้แพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคอีกครั้งหนึ่ง แต่ในการประเมินอาการเพื่อเบื้องต้นนี้ไม่ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าจะต้องประเมินผู้ป่วยทุกราย และต้องประเมินอย่างไร ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ของพยาบาล และแพทย์ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน และการที่ไม่มียุทธศาสตร์ในการประเมินอาการเพื่อผู้ป่วยทุกรายที่ชัดเจนอาจทำให้การระบุว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อต่ำกว่าความเป็นจริงได้ (Under-recognized) ดังนั้นผู้ศึกษาเป็นพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและงานจิตเวชฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการประเมินอาการเพื่อจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบันเพื่อนำมาปรับใช้ในหน่วยงานต่อไป โดยจะพิจารณาแนวทางการประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ มีความเหมาะสมทั้งในเรื่องของ Psychometric Qualities และมีวิธีการประเมินไม่ยากนัก ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน และรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด เพื่อนำมาทดลองใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยหวังว่าจะช่วยให้สามารถระบุผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินได้เพิ่มขึ้น

1.3 วัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

เพื่อศึกษาวิธีการประเมินอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

พยาบาลมีแนวทางในการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไปในแนวทางเดียวกัน

2. วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการประเมินอาการเพ้อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และวิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีแนวทางการการปฏิบัติดังนี้

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการเพ้อในหน่วยฉุกเฉิน และหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ “PICO” (PICO Framework): (Craig & Smyth, 2002) ซึ่งต้องมีการกำหนดกลุ่มประชากร หัตถการ/การบำบัด การเปรียบเทียบและการวัดผลลัพธ์ที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีการกำหนด PICO ดังนี้

- P (Population) = ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกจิตเวชฉุกเฉิน หรือแผนกฉุกเฉิน ทั่วไป
- I (Intervention) = การประเมินอาการเพ้อ
- C (Comparison) = ไม่มีการเปรียบเทียบ
- O (Outcome) = อาการเพ้อ (Delirium symptoms)

คำสำคัญในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

- Emergency room or Emergency department or Psychiatric emergency room or Psychiatric emergency department
- Delirium assessment or Delirium screening or Delirium instrument
- Acute confusion assessment or Acute confusion screening or Acute confusion instrument
- Diagnosis Delirium

เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ (delirium assessment) ในหน่วยฉุกเฉินหรือหน่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์(Full text) ทุกประเภท ใช้ภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทยในการตีพิมพ์เผยแพร่ ระบุในช่วงปี ค.ศ. 2000 -2010

แหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการตีพิมพ์ทั้งหมดโดยกำหนดการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database), The Cochrane library, PubMed, CINAHL, ScienceDirect, SpringerLink, Proquest และสืบค้นด้วยมือ

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้านได้แก่ ประเมินความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติ และประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ ในการนำงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Utilization Criteria) ของ Polit, & Beck, 2006) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาจากงานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ วิธีการประเมินภาวะอาการเพื่อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยฉุกเฉินควรทำอย่างไร เพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการเลือกวิธีการและเครื่องมือได้ มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ผลการวิจัยพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) เป็นการประเมินความเหมาะสมของการออกแบบการวิจัยและมีความสอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และ ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (The strength of recommendation Toxonomy: SORT) ของ Ebell และคณะ (2004) ซึ่งแบ่งความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย (Diagnosis) ไว้ 3 ระดับดังนี้ ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีคุณภาพดี ได้แก่ งาน วิจัย ที่มีการศึกษาที่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของการตัดสินใจทางคลินิก การศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาไปข้างหน้าอย่าง

เป็นระบบโดยมีการเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษากับมาตรฐานเดิมที่มีอยู่ (Gold standard) และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค (diagnosis) โดยเป็นการศึกษาไปข้างหน้า มีการเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษากับมาตรฐานเดิมที่มีอยู่ ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีข้อจำกัดด้านคุณภาพ ได้แก่งานวิจัย ที่มีการศึกษาที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ตามกฎการตัดสินใจทางคลินิก การศึกษาทบทวนงานวิจัย หรือ meta-analysis ที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน หรือมีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าหรือการศึกษาเปรียบเทียบ (Case-control study) ที่คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ เช่น แนวปฏิบัติจากคณะผู้เชี่ยวชาญ การอนุมานจากผลการวิจัย ประสพการณ์จากการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จาการายงานกรณีศึกษา (การวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าเพื่อตรวจสอบการวินิจฉัยที่มีคุณภาพ จะประเมินจากการออกแบบการวิจัย ขนาด ประชากร คุณลักษณะประชากร การไม่ทราบว่าคุณสมบัติใดเป็นกลุ่มที่เป็นโรค และกลุ่มใดไม่เป็นโรค ความคงเส้นคงวาในการเก็บข้อมูล การระบุสิ่งที่ใช้ในการอ้างอิงต้องเป็นสิ่งที่มีความมาตรฐาน)

3. ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแนวทางการประเมินอาการเพื่อในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับประเด็นปัญหา จำนวนทั้งหมด 6 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินทั่วไปทั้งหมด ไม่มีการศึกษาในแผนกจิตเวชฉุกเฉินเลย และมีงานวิจัยที่เป็นการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และแผนกฉุกเฉิน ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดงานวิจัยออก 1 เรื่องคือ Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department (Han et al., 2009) เนื่องจาก เป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุที่มาจาก Nursing home เข้ารับการบำบัดที่แผนกฉุกเฉินมีภาวะสับสนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มาจาก Nursing home หรือไม่ โดยที่ไม่มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือจึงคัดงานวิจัยนี้ออกจากการศึกษา งานวิจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

เรื่องที่ 1. Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 977-981.

- เรื่องที่ 2. Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., et al. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 16, 193-200.
- เรื่องที่ 3. Hustey, F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 248-253.
- เรื่องที่ 4. Monette, J., Fort, G. G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenualt, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 23, 20-25.
- เรื่องที่ 5. Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *Journal of the American Medical Association*, 304, 779-786.

3.2 การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องมาวิเคราะห์เนื้อหา ประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และสรุปเนื้อหาและสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ

3.3 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องพบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษาก็คือ การประเมินอาการเพ้อด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและฝึกทักษะการประเมินที่มีความเชื่อถือได้ สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อในแผนกฉุกเฉินได้มากกว่าการที่แพทย์ตรวจร่างกายและซักประวัติตามปกติ กล่าวคือจากการศึกษาพบว่า แพทย์สามารถระบุผู้ป่วยมีอาการเพ้อได้น้อยกว่าการใช้เครื่องมือประเมิน CAM และ CAM-ICU ประเมินประมาณร้อยละ 17-35 (Elie et al., 2000, Level II; Han et al., 2009, Level II; Hustey, & Meldon, 2002, Level I) ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินด้วยเครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐาน ที่ใช้เวลาประเมินสั้นๆ เพราะการที่สามารถระบุผู้ป่วยมีอาการเพ้อจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมได้เพิ่มขึ้น ช่วยส่งเสริมคุณภาพการบำบัดดูแลให้ดียิ่งขึ้น แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพ้อในการวินิจฉัยอาการเพ้อในผู้ป่วยในแผนกจิตเวชฉุกเฉินโดยตรง มีเพียงการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพ้อในแผนกฉุกเฉินทั่วไป ดังนั้นข้อเสนอแนะการประเมินอาการเพ้อในแผนกจิตเวชฉุกเฉินในครั้งนี้ จึงเป็นข้อเสนอแนะที่ต้องประยุกต์ข้อค้นพบจากการศึกษาใน

แผนกฉุกเฉินทั่วไป ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้านี้ ผลจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 5 ฉบับได้ข้อเสนอแนะ(Recommendation) ดังนี้

3.3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการประเมินอาการเพื่อ

ควรมีการประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกฉุกเฉินทุกราย หรืออย่างน้อยควรประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อ เช่นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองเสื่อม มีความบกพร่องการได้ยิน ผู้ป่วยโรคปอด (Elie et al., 2000, Level II; Han et al., 2009, Level II) และผู้ป่วยที่เมื่อซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันแล้วพบว่าอาการทางจิตเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรืออาการทางจิตรุนแรงขึ้นอย่างเฉียบพลัน และ/หรือ มีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ในรอบ 24 ชั่วโมง เนื่องจากความผิดปกตินี้เป็นอาการสำคัญของอาการเพื่อ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวช (Functional mental disorder)

3.3.2 เครื่องมือที่เหมาะสมจะใช้ประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินได้แก่

1) The Confusion Assessment Method (CAM) (Elie et al., 2000, Level II; Hustey, & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I; Wong et al., 2010, Level II) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้และได้รับการพิจารณาว่าเป็นเครื่องมือประเมินอาการเพื่อที่ดีที่สุด (Wong et al., 2010, Level II) สามารถใช้ประเมินได้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรสุขภาพทั่วไป เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำตรง มีคุณภาพดี

2) The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือ CAM โดยในครั้งแรกนำมาปรับให้ใช้กับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (The Intensive care unit) ซึ่งมีปัญหาการสื่อสาร เช่นผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว (Coma) ข้อดีของการใช้เครื่องมือ CAM-ICU คือใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่าการใช้เครื่องมือ CAM ครอบคลุมเวลาผู้ป่วยน้อยลง ดังนั้นจึงได้มีการนำเครื่องมือ CAM-ICU ไปใช้ในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล รวมทั้งแผนกฉุกเฉิน โดยที่การใช้เครื่องมือนี้ในแผนกฉุกเฉินมีความน่าเชื่อถือและมีความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี (Han et al., 2009, Level II) แต่เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาการนำเครื่องมือ CAM และ CAM-ICU มาใช้ในแผนกจิตเวชฉุกเฉินโดยเฉพาะ ดังนั้นการนำมาปรับใช้จึงจำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้ป่วยในแผนกจิตเวชฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสภาพจิตบกพร่อง (Mental status impairments) โดยที่ผู้ป่วยจิตเวช (Psychosis disorder) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อ และผู้ป่วยจิตเวชก็อาจมีอาการเพื่อร่วมด้วยได้เช่นกัน

3.3.3 ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือ CAM และ CAM-ICU เป็นเครื่องมือกึ่งโครงสร้าง (Semi structure) ที่พัฒนาจาก DSM III-R โดย Inouye และคณะ(1990) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ CAM และ Ely และคณะ(2001) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ CAM-ICU โดยประเมินใน 4 กลุ่มอาการหลัก ดังนี้

ลักษณะที่ 1 อาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ

ลักษณะที่ 2 การไม่มีสมาธิ ผู้ที่มีอาการเพื่อไม่สามารถให้ความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน เช่น ไขว่ต่อสิ่งกระตุ้นหรือออกแฉ่งง่าย จับประเด็นที่กำลังสนทนาไม่ได้

ลักษณะที่ 3 กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องสับสนหรือพูดไม่ต่อเนื่อง พูดออกนอกเรื่องไม่ตรงประเด็น เปลี่ยนเรื่องพูดเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งอย่างรวดเร็ว

ลักษณะที่ 4 ระดับการรู้สึกตัวในภาพรวมเปลี่ยนแปลง

การวินิจฉัย delirium จะต้องมีทั้งลักษณะที่ 1 และ 2 และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในลักษณะที่ 3 และ 4 หรือมีทั้งลักษณะที่ 3 และ 4 ก็ได้ (Wong et al., 2010, Level II)

3.3.4 คุณสมบัติของผู้ใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อ

ผู้ใช้เครื่องมือประเมิน CAM และ CAM-ICU อาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมืออื่นๆ (Han et al., 2009, Level II; Wong et al., 2010, Level II)

3.3.5 การเตรียมความพร้อมของผู้ประเมิน

เนื่องจากเครื่องมือ CAM และ เครื่องมือ CAM-ICU เป็นเครื่องมือกึ่งโครงสร้าง (Semi structure) การประเมินมีทั้ง 1) การสังเกตอาการ 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยญาติ ผู้ดูแล หรือผู้เกี่ยวข้อง 3) การใช้ข้อมูลจากการบันทึกรายงานอาการที่ผ่านมาหรือการซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต โดยใช้ข้อมูลทั้ง 3 แหล่งนี้ มาวิเคราะห์เพื่อประเมินอาการผิดปกติใน 4 ลักษณะตามโครงสร้างของเครื่องมือ ดังนั้นการวินิจฉัยอาการเพื่อโดยใช้เครื่องมือประเมินนี้ ผู้ประเมินต้องมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลและการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment to assess) โดยเฉพาะการประเมินด้วยเครื่องมือ CAM-ICU ต้องใช้ทักษะในการประเมินเพิ่มขึ้น (Han et al., 2009, Level II) ดังนั้นผู้ที่ใช้เครื่องมือ CAM และเครื่องมือ CAM-ICU จึงต้องผ่านการฝึกอบรมความรู้ในเรื่องอาการเพื่อและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือประเมินที่ดี (Han et al., 2009, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

3.3.6 การเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินในแผนกฉุกเฉิน

การประเมินอาการเพื่อ โดยปกติควรประเมินด้วยเครื่องมือ CAM ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 5 นาที และควรใช้เครื่องมือ CAM-ICU ซึ่งใช้เวลาประเมินประมาณ 2 นาที ในกรณีที่ผู้ประเมินมีความชำนาญในการประเมินอาการเพื่อแล้ว โดยที่ข้อดีของเครื่องมือ CAM-ICU สามารถใช้ในผู้ที่ปัญหาในการสื่อสารได้ และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่า (Han et al., 2009, Level II)

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ (Suggestion)

- 1) เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาเป็นการศึกษาการประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด การที่จะนำเครื่องมือ CAM หรือ CAM-ICU มาปรับใช้ในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก็ควรมีการศึกษานำร่องว่าจะสามารถประเมินได้แม่นยำเช่นเดียวกับการประเมินในแผนกฉุกเฉินทั่วไปหรือไม่ ก่อนที่จะนำมาปฏิบัติจริง
- 2) ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะมีการนำเอาเครื่องมือ CAM-ICU มาใช้ประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินเพียง 1 การศึกษา แต่น่าจะมีการฝึกทักษะการใช้ CAM-ICU จนชำนาญและมีความน่าเชื่อถือในการใช้เครื่องมือต่อไป เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยตอบคำถามเพียง ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยวิธีพยักหน้า หรือทำสัญญาณมือเท่านั้น รบกวนผู้ป่วยน้อยและใช้เวลาในการประเมินน้อยลง
- 3) เพื่อเพิ่มโอกาสการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อในผู้เข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ควรมีการ ส่งเสริมให้พยาบาลในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตระหนักถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการประเมินอาการเพื่อ การฝึกอบรมทักษะการใช้เครื่องมือประเมินอาการเพื่อ มีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ให้พยาบาลประเมินภาวะเพื่อ การบันทึกผลการประเมินลงในเวชระเบียน และส่งต่อข้อมูลให้กับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

**ASSESSMENT OF DELIRIUM IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM:
EVIDENCE - BASED NURSING**

WANVIMON DECHGAMHAENG 4936685 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D.N.S.**EXTENDED SUMMARY****1. Background and Significance of the Problem**

Delirium is an organic mental disorder which is characterized by acute onset, an altered level of consciousness, as well as fluctuating course and disturbances in orientation, memory, attention, perception, thought, and behavior (Monette et al., 2001). Delirium is an emergency condition which reduces patients' function to carry out activities, makes it necessary for patients to be hospitalized for a longer duration, puts them at risks of accidents and complications, increases medical care costs, and also increases the rates of mortality in patients. The DSM-IV criteria used to diagnose delirium are as follows: 1) Disturbance of consciousness as characterized by reduced clarity of awareness of the environment with reduced ability to focus, sustain, or shift attention; 2) A change in cognition or the development of a perceptual disturbance that is not better accounted for by a preexisting, established, or evolving dementia; 3) Disturbance that develops over a short period of time (usually hours to days) and tends to fluctuate during the course of the day; and 4) Evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the symptoms result from physical abnormalities. Generally, the incidence of delirium varies in different reports depending on the characteristics of the patients and the sensitivity of the diagnosis. Most of the studies on delirium were conducted with elderly patients. It has been

reported that about 1%-4% of elderly persons living in a community are stricken with delirium (Folstein, Bassett, Romanoski, & Nestadt, 1991). In addition, delirium is found in approximately 10%-15% of patients seeking services at the emergency department (Meagher, 2001), 10%-25% in patients at a general hospital, and 30%-50% in elderly patients with complications (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008). Finally, delirium is found in 22% to 89% in patients with dementia (Fick, Agostini, & Inoué, 2002).

Delirium can be classified into three types according to the behaviors expressed by the patients in the past 24 hours (Meagher et al., 2008; Sendelbach, Guthrie, Nea, & Schoenfelder, 2009). First, the hyperactive subtype is characterized by at least two of the following symptoms: increased quantity of motor activity, loss of control of activity, restlessness, and wandering. Second, the hypoactive subtype is characterized by at least two of the following symptoms: decreased amount of activity, decreased speed of actions, reduced awareness of surroundings, decreased amount of speech, decreased speed of speech, restlessness, and reduced alertness/withdrawal. Third, the mixed motor subtype is characterized by evidence of both hyperactive and hypoactive subtypes that is present in the previous 24 hours. Han, Wilson, and Ely (2010) have reviewed six research studies and reported that patients who were admitted as inpatients mostly had the hypoactive or the mixed subtypes of delirium and that a small number of patients had the hyperactive subtype. In another study which was conducted at the emergency department, the findings showed that most of the patients with delirium, or 92%, had the hypoactive subtype and that only 4% of them had the mixed subtype and the remaining 4% had the hyperactive subtype.

As regards causes and factors related to delirium, it has been found that in general delirium is found in patients with physical illness. There are several factors that lead to delirium including risk factors or patients' vulnerability of delirium and precipitating factors. The patients who are at a high risk of delirium are elderly patients, patients with dementia, and patients with co-morbidities. Delirium can set in even though these patients receive a small dose of narcotics. In general, there are several risk factors of delirium in hospitalized patients including the age of 65 years old or older, the male gender, presence of co-morbidities, number of co-morbidities, severity of co-morbidities, chronic illnesses, terminal illnesses, history of prescription

of various drugs, history of drug use with neurological effects, history of alcohol and substance abuse, limitation in mobility, limitation in activities, problems with sensory perceptions, hearing abnormality, visual abnormality, loss of appetite, tendency of dehydration, malnutrition, and altered cognition such as dementia, history of delirium, and depression. (Alagiakrishnan & Wiens, 2004; Cole, 2004; Han, Wilson & Ely, 2010)

In addition, examples of precipitating factors of dementia include problems in different systems such as infectious diseases in the urinary tract or respiratory tract, the latter of which can cause pneumonia which is a cause of delirium in 34% to 43% of elderly patients. Other factors include severe pain; injury; dehydration; fever or too low body temperature; metabolic abnormalities including vitamin B1 deficiency, liver or kidney failure, imbalance of minerals, sugar, acid and base, and thyroid hormone; use of drugs such as use of various types of medications, change of medications, Other prescription drugs that can precipitate delirium are analgesics which can be narcotics such as meperidine or non-narcotics such as non-steroidal anti-inflammatory drugs, antihistamines, Levodopa used to treat Parkinson's disease, hypertensive drugs such as Methyldopa and Reserpine, and psychiatric drugs including Tricyclic, antidepressants, and Lithium. sedative-hypnotics including benzodiazepine, and alcohol withdrawal. Moreover, severe illness of different systems can also lead to delirium such as neurological system including cerebrovascular disease, brain aneurism, seizure and postictal state, meningitis, acute myocardial infarction, heart failure, respiratory failure, and shock. Besides these causes, iatrogenic diseases can cause delirium in patients including repeated or prolonged operations, retained catheterization, physical restraint, sensory overload or deprivation, and sleep disturbances.

Delirium at an emergency department and found that the factors which were associated with delirium in emergency patients were dementia, restricted function or mobility, and hearing impairment. (Han et al., 2009) In another study has reported that factors related to onset of delirium in psychiatric patients in addition to those found in emergency patients in Han et al. (2009) study were psychiatric drugs and additive substances such as Anxiolytics, sedative-hypnotics, antidepressants, antipsychotics, and lithium; delirium tremens; effects of narcotics such as amphetamines, heroin, and marijuana; and psychiatric illnesses with complications

such as depressive disorders or schizophrenia with problems of prolonged insufficient food and fluid intake. (Cole, 2004)

As regards effects of delirium, as delirium is generally found in patients with severe illness, with several co-morbidities, or with complicated problems, which lead to various complications that follow. Thus, a longer period of hospitalization may be required, which means more costly medical expenses, and they are likely to be readmitted into the hospital. Also, these patients may suffer from accidents, irreversible disabilities, mortality (O’Keeffe, & Lavan, 1997)

Regarding diagnosis of delirium in hospitalized patients, it has been discovered that delirium is under-recognized as more than two-thirds of patients with delirium were not diagnosed. (Pae, Marks, Han, Patkar, & Masand, 2008) A study of Lewis, Miller, Morley, Nork, and Lasater,(1995) which assessed 385 elderly patients with delirium using the Confusional Assessment Method (CAM) found that 38 of them, or 10%, had delirium. Of these, 17 of them had a score of three points indicating probable delirium, while 21 received a score of 4 points signifying delirium, but only six of them, or 17% of all with delirium, were diagnosed with the disease. In another study conducted by Swigart, Kishi, Thurber, Kathol, and Meller (2008) at a psychiatric department of a university hospital, it was reported that 99 patients were transferred from other departments at the hospital. Only 36 of them, or 36.4%, were correctly diagnosed with delirium. The remaining 63 patients, who also had delirium, were diagnosed with something else. Moreover, some patients who had a psychiatric condition such as chemical dependence together with delirium were misclassified with something else including depression (33%), chemical-dependency evaluation (22%), general psychiatric evaluation (17.5%), suicidal ideation (14%), psychosis (8%), anxiety (5%), agitation (5%), competency evaluation (5%), behavior problems (3%), and somatization (1.6%).

There are a number of reasons why delirium is generally under-recognized. For instance, the range of symptoms of delirium is wide, such as either lethargy or alertness and possibly a combination of both. The symptoms can fluctuate within 24 hours (Pae et al., 2008). Besides, patients with other diseases such as dementia and depressive disorders may share some similar symptoms with delirium. For example, patients with dementia have problems of memory loss and cognitive

impairment like those with delirium, but they also lose the ability to understand and learn new things while those with delirium are unable to focus on certain things. Also, patients with severe depressive disorder have slow mobility and thinking similar to those with hypoactive delirium. However, they are different in other characteristics. Distinguishing characteristics of delirium are acute onset of symptoms, fluctuating alertness, and fluctuating inability to focus and sustain attention (Gillis, & Macdonald, 2006).

As the symptoms of delirium are uncertain and unstable, and they can be more or less severe at different times in one day, when the patients are assessed at one point in time with no comparison with other time points, such as by comparing with their medical history or consulting the report of previous caregivers, and as there is no clear-cut policies and guidelines on assessment and diagnosis of delirium, delirium is generally under-recognized. Other reasons include lack of assessment, unrecorded assessment, and lack of skills of assessors. Therefore, there should be a practice guideline for assessment of patients with a high risk of delirium who are admitted into the hospital. This is because early detection can help prevent delirium and enable healthcare team members to provide timely care according to the causes, hence a shortened hospital stay and a reduction in rates of mortality.

Delirium should be assessed as soon as the patients are admitted into the hospital. Generally, physicians diagnose delirium based on physician and mental examinations, laboratory results, and history of patients' illness obtained from their family members or caregivers. The data are then used to assess delirium based on the criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV). However, in actual practice, there are a number of healthcare settings that employ other standardized, valid, and reliable instruments to assess delirium in the workplace to save time. Examples of the instruments currently used to assess delirium are 1) The Confusion Assessment Method (CAM) which is an instrument to observe and diagnose delirium in accordance with The Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)-III-R criteria for delirium, 2) The Delirium Index (DI) which is adapted from the CAM to indicate the severity levels of delirium, 3) The Mini-Mental State Examination (MMSE) which is used by personnel in clinical practice to diagnose and monitor recovery of delirium, 4) The Neelon and Champagne Confusion Scale

(NEECHAM) which is developed to observe symptoms of inpatients to assess risk conditions, current conditions, and severity of confusion, and 5) The Delirium-O-Meter (DOM) which is used to observe behaviors to determine the severity of delirium including both the hyperactive subtype and the hypoactive subtype.

Thus, it can be seen that there are two major types of instruments used to assess delirium. The first type consists of mental status questionnaires which help to directly assess cognition and behaviors of patients. However, this type of assessment needs to take specific characteristics of each patient which may affect their responses to the assessment into account including age, educational background, social and cultural background, and language, all of which can influence their responses. The second type is composed of observation tools and checklists. The advantages include less disturbance of patients who do not have to be asked to answer questions or follow directions and ease of frequent uses. However, they cannot be used to directly assess the patients' cognition and the assessment outcomes largely depend on the ability to observe and decide of the assessors. As a result, when selecting the instruments to assess delirium, patients' characteristics, objectives of the instruments, reliability and sensitivity of the instruments, convenience and ease of use, time required, as well as ability and skills of assessors should be taken into careful consideration.

The psychiatric emergency ward of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry belongs to the outpatient department. There are separate rooms arranged for patients with psychiatric emergency symptoms who have acute or severe fluctuation in their thoughts, emotions, and behaviors which can cause harm to life and properties of self and others and which necessitates immediate assistance to reduce damages or dangers to the patients themselves and surrounding persons as well as their properties and to refer patients to appropriate long-term care. The statistics of services provided at the psychiatric emergency ward in the fiscal year 2010 has revealed that there were 6,205 patients with psychiatric emergency problems who sought services at the ward, or 17 patients per day on average. The three leading symptoms which made them seek emergency assistance at the hospital include violent behaviors, auditory hallucination, and paranoia. Furthermore, a review of the statistics has shown that there were 82 patients who were diagnosed with delirium out of a total of 6,557 patients who sought assistance for their psychiatric symptoms at the hospital in the

fiscal year 2009, accounting for 1.25%. In the following fiscal year, the number of patients diagnosed with delirium was also 78, making up 1.26% of the total number of patients who were treated at the emergency unit. In general, if the patients who seek psychiatric emergency treatment have delirium which obviously results from physical causes, they will be transferred to a physical hospital. According to a report, the numbers of patients who were referred to a physical hospital in 2009 and 2010 were 27 and 37 cases, respectively. It is worth noting that if the patients have delirium due to alcohol and substance abuse with no severe physical symptoms, they will be admitted at the hospital as inpatients (Data from the Psychiatric emergency Work, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, B.E. 2553). Therefore, it can be seen that the rate of diagnosis of patients with delirium at the psychiatric emergency room is very low.

1.2 Clinical problems

When patients are admitted into the emergency unit, nurses will rapidly screen the patients to assess their physical or mental problems to determine the severity of their problems by dividing them into immediate, emergency, urgent, or semi-urgent problems as baseline data for physicians who can plan for treatment to suit the severity levels. Physicians may conduct additional assessments or prescribe special examinations as necessary. During the initial intervention, treatment will be provided based on the assessed severity of problems to stabilize the patients and ensure their safety, with an emphasis on protection of life and prevention of harm to self and others. If the patients also have physical symptoms, they will receive treatment to ensure that they are free from danger. Their fluctuating behaviors such as aggression will have to be put under control with safety of patients, healthcare staff members, and related persons taken into consideration. When the patients' symptoms are stabilized, their referrals will be considered. Patients may receive either inpatient or outpatient care at the institute, or they may be referred to other healthcare settings in the network for more appropriate care.

As regards assessment of delirium of the patients, mostly nurses will conduct an assessment of patients who are at risk such as those who have head injuries, those with history of substance abuse before admission, those with alcoholism who have recently quit, or those who are elderly patients with multiple physical

symptoms and who become lethargic in the previous one to three days. If nurses find that patients have confusion, they will refer the patients to physicians for more definite diagnoses. However, there is currently no clear-cut diagnosis on assessment of delirium whether all patients have to be assessed and how. It generally depends on experience of nurses and physicians on duty. Therefore, lack of a clear policy on assessment of delirium in all patients can result in under-recognition of delirium in inpatients. As a result, the researcher who is a nurse working at the psychiatric emergency unit is interested in investigating the instruments used to assess delirium based on existing research evidence for further adaptation in the workplace. The instruments which are reliable and suitable in terms of psychometric qualities and which are easy and not time-consuming to implement with least disturbance of patients are selected for experiment at the psychiatric emergency clinic with an aim to help diagnose more patients with delirium at the clinic.

1.3 Objective of the study

The present study aimed at investigating assessment of delirium at the psychiatric emergency unit in existing research evidence.

1.4 Expected outcomes and benefits

The findings of the present study should provide a uniformed guideline on how to assess delirium in psychiatric emergency patients.

2. Methodology

The present study aimed at investigating method for assessment of delirium at a psychiatric emergency clinic from existing research evidence. The steps involved in the study started from searching for relevant evidence from a clinical problem of interest and ended with determining the search framework and inclusion criteria, collecting research evidence, and evaluating the quality and level of research evidence, which could be explained as follows:

2.1 Search of research evidence was conducted in the following manner:

2.1.1 Search framework: The research evidence related to assessment of delirium in an psychiatric emergency clinic was searched to retrieve evidence relevant to the topic of the study. The keywords used in the search were

determined using the PICO Framework (Craig & Smyth, 2002) which involved specification of the population groups, intervention/therapy, comparison, and evaluation of outcomes. The PICO determined in the present study was as follows:

Population: Patients admitted into the emergency psychiatric unit or general emergency unit

Intervention: Instruments used to assess delirium

Comparison/Intervention: None

Outcome: Delirium symptoms

The keywords used in the search were the following:

- Emergency room/ emergency department/ psychiatric emergency room/ psychiatric emergency department
- Delirium assessment/ delirium screening/ or delirium instrument
- Acute confusion assessment/ acute confusion screening/ acute confusion instrument
- Diagnosis delirium

2.1.2 Selection criteria: The research evidence related to assessment of delirium at a psychiatric emergency clinic, conducted either in Thailand or abroad and published either in Thai or in English between 2000 and 2010, was selected on the condition that the full text was available.

2.1.3 Sources of evidence: The electronic databases including The Cochrane Library, PubMed, CINAHL, ScienceDirect, Proquest, and Springer Link, as well as manual search were used in this study.

2.2 Evaluation methods of research evidence and levels

Three criteria were used to evaluate the selected research evidence as follows: clinical relevance, scientific merits, and implementation potential, which could be explained as follows:

2.2.1 Evaluation of research evidence

Evaluation of research evidence was done based on the utilization criteria proposed by Polit and Beck (2006) which were composed of three components. First, as for clinical relevance, how delirium was assessed when the patients were admitted into the emergency psychiatric unit was considered to assist the decision-making process and selection of assessment instruments. Other issues of

concern included whether hypotheses relevant to the clinical problems under study were tested, whether the data collection process was applicable, and whether nurses had to right to implement the research findings. Second, as regards scientific merits, the appropriateness of the research design and its relevance to research methodology were considered. Third, with regard to implementation potential, three major dimensions of transferability of findings, feasibility of implementation, and cost-benefit ratio were taken into account.

2.2.2 Evaluation of credibility of research evidence

The strength of recommendation taxonomy (SORT) proposed by Ebell et al. (2004) was used to determine the level of credibility of research evidence. According to the SORT, the strength of research evidence related to diagnosis was divided into three levels. The first level referred to research evidence with good quality including validated clinical decision rules, systematic reviews or meta-analyses of high quality studies, and high quality diagnostic cohort studies. The second level referred to research evidence with limited quality including invalidated clinical decision rules, systematic reviews or meta-analyses of lower quality studies or studies with inconsistent findings, and lower quality diagnostic cohort studies or diagnostic case-control studies. The third level referred to other forms of evidence such as consensus guidelines from experts; inductions of research findings; practical experiences; expert consensuses; case study reports; and case series for studies of diagnosis, treatment, prevention, or screening; high quality diagnostic cohort studies with adequate design, adequate spectrum of patients, biding, and a consistent, well-defined reference standard.

3. Findings

The findings of the present study regarding assessment of delirium in psychiatric emergency units are as follows:

3.1 Search outcomes

There were altogether six research studies related to use of instruments to assess delirium in general emergency units. It is noteworthy that there was no study which was carried out at the psychiatric emergency unit and there was one research

study which was a systematic review of instruments to assess delirium in inpatients, outpatients, and emergency patients. However, one study entitled “Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department” (Han et al., 2009) was excluded because it aimed to determine whether or not elderly patients from a nursing home who were treated at an emergency room had more severe delirium than those who did not come from a nursing home with no validation of the instruments. In the end, the research studies which were selected in the present study were as follows:

1. Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 977-981.
2. Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., et al. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 16, 193-200.
3. Hustey, F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 248-253.
4. Monette, J., Fort, G. G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenualt, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 23, 20-25.
5. Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *Journal of the American Medical Association*, 304, 779-786.

3.2 Analysis and synthesis of research evidence

Each of the research studies selected was analyzed using content analysis, and its quality and level of evidence was evaluated. The contents were then summarized in a collective table. Finally, the synthesis was carried out to derive at recommendations.

3.3 Recommendations based on research evidence

A review of research-based evidence related to assessment of delirium, it was found that assessment of delirium with a standardized instrument by personnel who have undergone training and skill practice can more effectively screen and diagnose patients with delirium at the psychiatric emergency clinic than general physical examinations and elicitation of patients' medical history. That is, physicians are able to diagnose delirium less than using the CAM and CAM-ICU, which could diagnose delirium by 17% to 35% (Elie et al., 2000, Level II; Han et al., 2009, Level II; Hustey & Meldon, 2002, Level I). Therefore, patients who are admitted into the emergency unit should be assessed with a standardized instrument which is not time-consuming. This is because if the patients with delirium are correctly diagnosed, they are more likely to receive more timely and appropriate treatment, hence an increase in quality of care provision. However, there is no research which has directly investigated the use of instruments to assess delirium in patients seeking treatment at the psychiatric emergency unit. There are only studies conducted with patients with delirium seeking treatment at general emergency units. Thus, the recommendations made in the present study have to be made based on the previous findings of studies conducted with patients in general emergency units, which is considered one of the limitations of the present study. Based on the analysis of the selected five research studies, the following recommendations can be made:

3.3.1 Patients who should be assessed for delirium

All patients who are admitted into the emergency unit should be assessed. If not possible, at least those who are at risk of delirium such as elderly patients, patients with neurological problems or dementia, patients with hearing impairment, and patients with pulmonary diseases (Elie et al., 2000, Level II; Han et al., 2009, Level II). In addition, if physicians or nurses elicit the patients' medical history and find that they have acute psychiatric symptoms or acutely exacerbated psychiatric symptoms and/or have fluctuating symptoms in the past 24 hours, these patients should also be assessed as these abnormalities are considered major symptoms of delirium, which are different from patients who have psychiatric symptoms due to functional mental disorder.

3.3.2 The instruments appropriate for assessment of delirium in the emergency unit are the following:

1) The Confusion Assessment Method (CAM) (Elie et al., 2000, Level II; Hustey, & Meldon, 2002, Level II; Monette et al., 2001, Level I; Wong et al., 2010, Level II) which is widely popular and regarded as the best instrument to assess delirium (Wong et al., 2010, Level II). It can be used by specialists and general healthcare personnel. (Monette et al., 2001, Level I).

2) The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) is an instrument that was developed from the CAM. It was first used with the patients in the intensive care unit with communication problems such as those on mechanical ventilation but they were not comatose. The good points of the CAM-ICU is it takes less time than the CAM, so there is less disturbance of the patients. The CAM-ICU is used in different departments of the hospital including the emergency room. It has been found that the instrument has reliability and validity. (Han et al., 2009, Level II).

However, as both the CAM and the CAM-ICU have never been used specifically in the psychiatric emergency unit, the implementation of these instruments have to be done with caution because most of the patients in the psychiatric emergency unit have mental status impairment. Some psychosis disorders involve symptoms similar to delirium, and psychiatric patients may suffer from delirium as well.

3.3.3 Characteristics of the instruments

Both the CAM and CAM-ICU are semi-structured instruments developed from the DSM III-R by Inouye et al. (1990) and Ely et al. (2001), respectively. Both instruments assess abnormalities of the following four main features:

Feature 1: Acute onset and fluctuating course of symptoms: Is there an acute change in mental status from the patient's baseline? Did this behavior fluctuate during the past day.

Feature 2: Inattention: Does the patient have difficulty focusing attention, for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

Feature 3: Disorganized thinking: Is the patient's speech disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

Feature 4: Altered level of consciousness: Overall, how would you rate this patient's level of consciousness: alert (normal), vigilant (hyperalert), lethargic (drowsy, easily aroused), stupor (difficult to arouse), or coma (unarousable).

The diagnosis of delirium requires a present/abnormal rating for features 1 and 2 and also for either feature 3 or 4 (Wong et al., 2010, Level II).

3.3.4 Characteristics of the assessors

The persons who use the CAM and CAM-ICU may be physicians, nurses, or other medical staffs who have undergone training on how to use the instruments (Han et al., 2009, Level II; Wong et al., 2010, Level II).

3.3.5 Preparation of assessors

As both the CAM and CAM-ICU are semi-structured instruments and the assessment includes 1) symptom observation, 2) interview of patients, caregivers, and related persons, and 3) analysis of data from medical records or elicitation of illness history. The data from these three sources are used to analyze and assess four features of abnormalities according to the structure of the instruments. Therefore, when conducting diagnosis on delirium, the assessors have to use the ability to gather data and make clinical judgments, particularly when using the CAM-ICU which requires more assessment skills (Han et al., 2009) (Level II). For this reason, assessors who are going to use the CAM and the CAM-ICU need to undergo training on delirium and practice skills to use the assessment instruments as follows (Han et al., 2009, Level II; Monette et al., 2001, Level I)

3.3.6 The selection of instruments to assess delirium in emergency units.

In general, the CAM which takes approximately five minutes to complete should be used. The CAM-ICU which takes only two minutes should be used only when the assessors are skillful to assess delirium. The CAM-ICU is better in that it can be used with patients who have communication problems and it disturbs the patients less than the CAM (Han et al., 2009, Level II)

Suggestions

1. As the selected research studies were conducted to assess delirium at the emergency units of general hospitals, to implement the CAM or the CAM-ICU in a psychiatric emergency unit should be done after a pilot study has been carried out to determine if the instruments yield similar valid results.

2. Even though in the present study there was one study which used the CAM-ICU to assess delirium in an emergency unit, the skills in using the CAM-ICU should be developed and practiced to ensure reliability of the assessment. This is because the instrument requires the patients to respond by nodding or using a hand signal to indicate 'yes' or 'no.' The instrument does not disturb the patients much, and it takes very little time to complete.

3. To increase the opportunity to more effectively screen patients with delirium at the psychiatric emergency unit, nurses working in the psychiatric emergency unit should be made aware of the necessity and benefits from the screening of patients with delirium. They should be equipped with the skills necessary to use the instruments to assess delirium. Moreover, policies and practice guidelines should be clearly specified so that nurses will realize that they need to assess delirium and record the findings in the medical records to be subsequently submitted to physicians to ensure that the patients receive appropriate treatment and care.

รายการอ้างอิง

- วีรศักดิ์ ไพบูล. (2553). อาการซึม สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล จาก [hht://203.157/185/researchcenter/download/16012010/15.pdf](http://203.157/185/researchcenter/download/16012010/15.pdf).
- Adamis, D., Sharma, N., Whelan, P. J., & Macdonald, A. J. (2010). Delirium scales: A review of current evidence. *Aging & Mental Health*, 14, 543-555.
- Alagiakrishnan, K., & Wiens, C. A. (2004). An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate Medical Journal*, 80, 388-393.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Carpenter, C. R., DesPain, B., Keeling T. N., Shas, M., & Rothenberger, M. (in press). The six-item screener and AD8 for the detection of cognitive impairment in geriatric emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20855129>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. A. (2002). The evidence-based practice manual for nurses. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 7-21.
- Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 977-981.
- Ebell, M.H., Siwek, J., Weiss, B. D., Woof, S.H., Susmam, J., & Ewigman, M. (2004). Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient- centered approach to grading evidence in the medical literature. *American family Physical*, 69, 548-556.
- Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouge, S. K. (2001). Delirium in the intensive care unit: And under-recognized Syndrome of organ dysfunction. *Seminars in respiratory and Critical Care Medicine*, 22, 115-126.

- Farrell, K. R., & Ganzini, L. (1995). Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, 155, 2459-2464.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1723-1732.
- Folstein, M. F., Bassett, S. S., Romanoski, A. J., & Nestadt, G. (1991). The epidemiology of delirium in the community: the Eastern Baltimore mental health survey. *International Psychogeriatrics*, 3, 169-176.
- Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., & Roy, M. A. (2005). Impact on delirium detection of using a sensitive instrument integrated into clinical practice. *General Hospital Psychiatry*, 27, 194-199.
- Gillis, A. J., & MacDonald, B. (2006). Unmasking delirium: nurses can play a key role in the prevention, detection and treatment of delirium in older adults. *Canadian Nurse*, 102, 18-24.
- Gleason, O. C. (2003). Delirium. *Journal of the American Academy of Family Physicians*, 67, 1027-1034.
- Han, J. H., Shintani, A., Eden, S., Morandi, A., Solberg, L. M., Schnelle, J. et al. (2010). Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Annals of Emergency Medicine*, 56, 244-252.
- Han, J. H., Wilson, A., & Ely, E. W. (2010). Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28, 611-631.
- Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., et al. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 16, 193-200.
- Hare, M., Wynaden, D., McGowan, S., & Speed, G. (2008). Assessing cognition in elderly patients presenting to the emergency department. *International Emergency Nursing*, 16, 73-79.
- Hustey, F. M., & Meldon, S. W. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 248-253.

- Hustey, F. M., Meldon, S. W., Smith, M. D., & Lex, C. K. (2003). The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 41, 678-684.
- Inouye, S. K., Vandyck, C. H., Alessi, E. A., Balsis, S., Siegel, A. P., & Horwity, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948
- Inouye, S. K., Schlesinger, M. J., & Lydon, T. J. (1999). Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *The American Journal of Medicine*, 106, 565-573.
- Kakuma, R., du Fort, G. G., Arsenault, L., Perrault, A., Platt, R. W., Monette, J., et al. (2003). Delirium on older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 443-450.
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Journal of Continuing Professional Development*, 8, 433-443.
- Lewis, L., Miller, D., Morley, J., Nork, M., & Lasater, L. (1995). Unrecognized delirium in ED geriatric patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 13, 142-145.
- Meagher, D., Moran, M., Raju, B., Leonard, M., Donnelly, S., Saunders, J., et al. (2008). A new data-based motor subtype schema for delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20, 185-193.
- Monette, J., Fort, G. G., Fung, S. H., Massoud, F., Moride, Y., Arsenualt, L., & Afilalo, M. (2001). Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. *General Hospital Psychiatry*, 23, 20-25.
- Naughton, B. J., Moran, M. B., Kadah, H., Heman-Ackah, Y., & Lagono, J. (1995). Delirium and other cognitive impairment in older adult in an emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 751-755.
- O'Keeffe, S., & Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 174-178.
- Pae, C. U., Marks, D. M., Han, C., Patkar, A. A., & Masand, P. (2008). Delirium: Underreconized and undertreated. *Current treatment options in neurology*, 10, 386-395.

- Pitkala, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2005). Prognostic significance of delirium in frail older people. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 19(2-3), 158-163.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sendelbach, S., & Guthrie, P. F. (2009). Acute confusion/delirium. In D.P. Schoenfelder (Series Ed.), Series on evidence-based practice for older adults. Iowa Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence, The University of Iowa College of Nursing.
- Sendelbach, S., Guthrie, P. F., & Schoenfelder, D. P. (2009). Evidence-based guideline: Acute confusion/delirium: identification, assessment, treatment, and prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 35, 11-18.
- Swigart, S. E., Kishi, Y., Thurber, S., Kathol, R. G., & Meller, W. H. (2008). Misdiagnosed delirium in patient referrals to a university-based hospital psychiatry department. *Psychosomatics*, 49, 104-108.
- Tullmann, D. F., Mion, L. C., Fletcher, K., & Foreman, M. D. (2008). Delirium: Prevention, early recognition, and treatment, In: Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T. Editors. *Evidence-based geriatric nursing protocols best practice*. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, 111-25.
- Thienhaus, O. J., & Piasecki, M. P. (2004). Assessment of geriatric patients in the psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 55, 639-642.
- Wei, L. A., & Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The confusion assessment method: a systematic review of current usage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 823-830.
- Wilber, S. T., Carpenter, C. R., & Hustey, F. M. (2008). The six-item screener to detect cognitive impairment in older emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*, 15, 613-616.
- Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D. L., & Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *Journal of the American Medical Association*, 304, 779-786.



ตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

เรื่องที่ 1.

ชื่อเรื่อง Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients.

ผู้วิจัย Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J., & Bellavance, F. (2000).

แหล่งตีพิมพ์ Canadian Medical Association Journal

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาความชุกของอาการเพ้อในผู้ป่วยสูงอายุแผนกฉุกเฉินของแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน และเพื่อศึกษาความไวและความจำเพาะของการประเมินทางคลินิกโดยแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉินด้วยการทบทวนแฟ้มผู้ป่วย (chart review) และการถามโดยตรง
Settingงานวิจัย	Emergency department ของ St. Mary' Hospital Center
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	-ผู้ป่วยทั้งหมดที่อายุ 65 ปี หรือมากกว่าที่เข้าตรวจใน แผนกฉุกเฉิน ตั้งแต่ ตุลาคม 1995 – มกราคม 1996 สามารถสื่อสารภาษาฝรั่งเศสหรืออังกฤษได้ เกณฑ์ คัดออกคือผู้ป่วย ที่ไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นผู้ป่วยระบบหัวใจ และหายใจที่มีอาการ Unstable และผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง มีผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 987 ราย เข้ารับการบำบัดในช่วงเก็บข้อมูล มี 600 ราย (ร้อยละ 61.3) เข้าเกณฑ์ และเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ 447 คน
เครื่องมือในการประเมิน	1. ประเมินสภาพจิต โดย Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) จะถูกใช้ ซึ่งมี 10 คำถามประเมินการรับรู้ ความจำและการสนใจมีค่าความแม่นยำและความจำเพาะที่ดี ประเมิน orientation, memory and concentration good sensitivity and specificity for detecting cognitive impairment ถ้าผู้ป่วยตอบผิดเกิน 4 ข้อ แสดงว่าความรู้คิดบกพร่อง ญาติจะต้องเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแทน 2. ประเมินสภาพจิต โดย Mini-Mental State Examination (MMSE) และ CAM โดยจิตแพทย์ผู้ทำการวิจัยคนใดคนหนึ่ง ใน 2 คนเป็นผู้ประเมิน เพื่อตรวจหาและวินิจฉัยอาการเพ้อ โดยที่เครื่องมือ CAM ที่มวิจัยอ้างผลการศึกษาของ Folstein, M.F.,

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน (ต่อ)	Folstein, S.E., & McHugh, P.R.(1975) ค่า Test-Retest reliability = 0.89 และการศึกษาของInouye, S.K., et al 1990. ค่า sensitivity and specificity for detecting delirium มากกว่าร้อยละ 90เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และ Interrater reliability ของMMSE และCAM มากกว่าร้อยละ 90 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ CAM เป็น gold standard เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยของแพทย์แผนกฉุกเฉิน 3. ประเมินสภาพจิตและความรุนแรงของภาวะโรค โดย Checklist for mental status of patient และThe clinical severity of illness scale โดยแพทย์แผนกฉุกเฉิน ซึ่งไม่ทราบผลการประเมินผู้ป่วยของจิตแพทย์ผู้วิจัย
วิธีการดำเนินการ	ผู้สูงอายุ(65 ปีและมากกว่า65ปีขึ้นไป) ที่เข้ารับการรักษาใน ED ระหว่างวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา ตั้งแต่เที่ยงคืนถึง 15.00 น โดยทีมวิจัยจะปฏิบัติงานในช่วง 8.00-18.00 น เป็นเวลา 4 เดือน โดยที่ 1.พยาบาลประจำการจะประเมินคัดกรองอาการผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Wilson's system ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงเป็น4ระดับ คือ เขียวปล้น(ต้องได้รับการดูแลทันที) จุกเงิน(ต้องได้รับการดูแลภายใน 30นาที) กิ่งเร่งด่วน(ต้องได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง) และไม่เร่งด่วน(สามารถรอได้มากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป) 2.ประเมินว่าให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นผู้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา โดยเครื่องมือ Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 6 ญาติจะต้องเป็นคนเซ็น consent form 3.จิตแพทย์ผู้ทำการวิจัย ประเมินผู้ป่วย Mini-Mental State Examination (MMSE) เพื่อประเมิน cognitive status และประเมินด้วย CAM เพื่อประเมินอาการเพื่อ 4.แพทย์แผนกฉุกเฉิน ประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย The clinical severity of illness scaleและ Checklist for mental status of patient

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการ (ต่อ)	5. Medical recordsของผู้ป่วยทั้งที่มีอาการdeliriumและไม่มีอาการ Delirium (จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ Delirium หนึ่งในสามจะถูกสุ่มเพื่อตรวจสอบข้อมูล) จะถูก reviewed ภายใน1อาทิตย์หลังจากนั้นโดยทีมผู้วิจัยที่ไม่ทราบผลการประเมินของจิตแพทย์เช่นกัน 6. การตรวจสอบและการบันทึก การประเมินอาการเพ้อโดยแพทย์แผนกฉุกเฉิน จากการเขียนข้อวินิจฉัยดังนี้ delirium or acute or new confessional state, acute mental status change, toxic psychosis, metabolic encephalopathy และบันทึกวิธีการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ของ แพทย์แผนกฉุกเฉิน
ระเบียบวิธีวิจัย	Retrospective study
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	- พบว่ามีผู้ป่วย 43 ราย ที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าdelirium โดยประเมินจาก CAM มี 28 ราย มีอาการเพ้อชัดเจน และ15 ราย ที่มีแนวโน้มอาการเพ้อ ความชุกของอาการเพ้อร้อยละ 9.6 % (95% confidence interval 6.9%-12.4%) - พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในสถานพยาบาล และในผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 7 ปี มีอาการเพ้อ สูงกว่าผู้ป่วยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$ และ $p = 0.006$) ตามลำดับ - พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย (The clinical severity of illness scale ค่าเฉลี่ย 5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 $n=31$) สูง กว่ากลุ่มที่ไม่มี อาการเพ้อ (ค่าเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 3.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.6 $n=129$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) - พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อที่แพทย์ในหน่วยฉุกเฉินตรวจพบ จำนวน 15 ราย มีค่าความไวเพียงร้อยละ 35.3 (ค่าความจำเพาะสูงที่ 98.5-100) โดย 9 ราย ถูกวินิจฉัยว่า Delirium อีก 6 ราย ใช้คำอื่น เช่น acute confusion or new confusion

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	เป็นการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในแผนกฉุกเฉินทั่วไป ดังนั้นการนำผลการศึกษานี้มาปรับใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยจิตเวชฉุกเฉิน ควรมีการศึกษานำร่องถึงความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรคและความแม่นยำในการประเมินอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสม งานวิจัยได้ระบุปัญหาและเหตุผลที่ทำให้ต้องทำวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยได้
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติจริง สามารถประยุกต์การใช้เครื่องมือ CAM มาใช้ในการประเมินอาการเพ้อในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ แต่ผู้ประเมินจะต้องมีความรู้และฝึกทักษะการประเมินเป็นอย่างดีเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชหลายโรคมีอาการคล้าย delirium เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วย ซึมเศร้าระดับรุนแรง และในผู้ป่วยจิตเวชก็อาจมีภาวะ delirium ร่วมด้วยได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง พยาบาลสามารถนำเครื่องมือ CAM มาใช้ปฏิบัติงานจริงได้ ใช้เวลาในการประเมินไม่นาน เครื่องมือประเมินเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้ทั้งการสังเกต การซักประวัติและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประเมินภาวะสภาพจิตในปัจจุบันซึ่งสามารถทำไปพร้อมๆ กับการประเมินร่างกายและซักประวัติและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลซึ่งเป็นงานประจำอยู่แล้ว ใช้เวลาสั้น แต่ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ต้องใช้ความสามารถของผู้ประเมินในการให้ค่าของสิ่งที่ตรวจพบ ว่าปกติหรือไม่ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ สามารถนำเครื่องมือ CAM มาใช้โดยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก มีเพียงค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือและการนิเทศเพื่อความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินสถานะผู้ป่วยได้ถูกต้องในช่วงแรก ใช้เวลาประเมินเพิ่มเติมจากเวลา

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (ต่อ)	ทำงานตามปกติเล็กน้อย แต่ช่วยให้สามารถระบุผู้ป่วยที่มีภาวะอาการเพ้อในแผนกฉุกเฉินได้เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาตามอาการและค้นหาสาเหตุได้เพิ่มขึ้น ลดอัตราการป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น
สรุปเพื่อนำไปใช้	-การใช้เครื่องมือประเมินอาการเพ้อ(CAM) จะสามารถตรวจพบอาการเพ้อได้ดีกว่าการไม่ใช้เครื่องมือ แต่ผู้ประเมินจะต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ผู้ประเมินเป็นจิตแพทย์ -ผู้ป่วยสูงอายุที่อาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีแนวโน้มที่จะมีอาการเพ้อสูงกว่า ผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บป่วยที่รุนแรงควรได้รับการประเมินอาการเพ้อทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางสมอง เช่นผู้ป่วยสมองเสื่อม cerebrovascular accident และโรคปอดบวม ถูกลมอุดตันเรื้อรัง เป็นต้น

เรื่องที่ 2.

ชื่อเรื่อง

Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes.

ผู้วิจัย

Han, J. H., Zimmerman, E.E., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R.S., Storow, A.B., & Ely, E.W. (2009).

แหล่งตีพิมพ์

Academic Emergency

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	-เพื่อวัดความถี่ในการประเมินอาการเพ้อผิดพลาดที่แผนกฉุกเฉินและความถี่ที่ตรวจพบโดยแพทย์ใน เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล -เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงของอาการเพ้อในผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกฉุกเฉิน -เพื่ออธิบายชนิดของอาการเพ้อโดย psychomotor subtype ในแผนกฉุกเฉิน (each subtype has been associated with differential outcomes)

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting งานวิจัย	Tertiary care, academic ED
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง เลือกตามความสะดวก จากผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการบำบัดในแผนกฉุกเฉิน ตั้งแต่พฤษภาคม 2007 ถึง กรกฎาคม 2007 ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 22.00 น. อายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ในแผนกฉุกเฉิน น้อยกว่า 12 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่คัดออกคือ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วม พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ มีภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรง หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ก่อนทำการศึกษจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อน (จากผู้ป่วยทั้งหมด 376 คน 19 คนเป็นคนไข้เก่าที่เคยเข้ารับการรักษามาใน ED แล้ว 43 คนปฏิเสธเข้าร่วม 5 คน พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ 2 คน มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง 4 คน ข้อมูลไม่สมบูรณ์ เหลือกลุ่มตัวอย่าง 303 คน)
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์	1. เครื่องมือที่ใช้ประเมิน อาการเพื่อใช้ Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Confusion Assessment Method (CAM) ใช้เครื่องมือนี้เพราะใช้ง่าย ใช้เวลา ประมาณ 2 นาที ค่า interrater reliability ดีโดยผู้ป่วยต้องมี 4 ข้อ คือ 1. เกิดอาการเฉื่อยพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ 2. ไม่มีสมาธิ 3. กระบวนการคิดสับสน 4. ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง โดยในการประเมินข้อ 1 ประเมินจากการที่พยาบาลใน ED ประเมินสภาพจิตในขณะนั้น และตรวจสอบจากประวัติ จากผู้นำส่ง ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และการประเมินข้อ2 การไม่มีสมาธิ และข้อ3 กระบวนการคิดสับสน จากการสังเกต และใช้ Clinical judgment ของผู้ประเมินใช้เวลาประเมินช่วงสั้น ๆ (น้อยกว่า 2 นาที) เมื่อเทียบกับCAM (การประเมินsensitive (93 to 100) and specific (98%to 100%) และ interrater reliability (K= 0.77-0.95 ผู้วิจัยอ้างอิงค้นพบจากงานวิจัยของ Ely, E.W et al .2001; SoJa, S.L et al. 2008)

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ (ต่อ)	- ผู้ช่วยวิจัย ในการศึกษาที่ได้รับการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ 1 สัปดาห์ จากคู่มือและฟังคำบรรยาย การได้ดูการสาธิต การประเมินผู้ป่วย และฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองและได้รับการสังเกตการปฏิบัติงาน จริงในแผนกฉุกเฉินจากหัวหน้าทีมวิจัย เพื่อประเมินสมรรถนะในการประเมิน 2. ใช้ the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) ในการกำหนดชนิดแยกย่อย(psychomotor subtype) ของอาการเพ้อซึ่งจะประเมินหลังจากประเมินด้วย CAM-ICU เป็นบวก โดยค่าคะแนนระหว่าง+1 และ+4 hyperactive delirium โดยค่าคะแนนระหว่าง -1 และ -3 hypoactive delirium ในผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนทั้งบวกและลบ ใน3 ชั่วโมง mixed type 3. เครื่องมือMini-Mental State Examination(MMSE) หรือ A short-form Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly score (IQCODE) หรือจากบันทึกทางการแพทย์ ใช้ประเมินเฉพาะกรณี ผู้ป่วยที่ CAM-ICU เป็นค่าลบได้คะแนนน้อยกว่า 24 มีภาวะ dementia 4. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยThe Katz Activities of Daily Living (Katz ADL) ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แสดงว่าต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน - ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินจากแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินและแพทย์ในแผนกผู้ป่วยใน ว่ามีภาวะ Delirium หรือวินิจฉัยว่ามีลักษณะดังต่อไปนี้คือ acute or new confusional state or disorder, acute mental status change, encephalopathy, toxic-metabolic state, or acute organic brain syndrome ให้ถือว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้อ โดยแพทย์จะประเมินจากการตรวจร่างกายและซักประวัติ
วิธีการดำเนินการ	ประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าแผนกฉุกเฉิน โดยเครื่องมือประเมินอาการเพ้อ (CAM-ICU) และประเมินประเภทของอาการเพ้อ (Psychomotor subtype) โดย the Richmond Agitation and Sedation

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการ (ต่อ)	Scale (RASS) ถ้าประเมินด้วย CAM-ICU แล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้อ ประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ภาวะสมองเสื่อมโดย เครื่องมือ MMSE หรือ IQCODE หรือจากประวัติประเมินการดูแล ตนเอง พึ่งตนเองโดย Katz ADL ประเมินโรคร่วมด้วย The Charlson Comorbidity Index ประเมินระดับความรุนแรงของโรค โดย SIRS
ระเบียบวิธีวิจัย	Prospective study
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	- พบว่ามีผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 8.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ที่มีอาการเพ้อ มีเพียง 6 ราย (ร้อยละ 24 ของผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนกฉุกเฉินว่ามีอาการเพ้อ และ 21 รายใน 25 รายนี้รับเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และให้กลับบ้าน 4 ราย โดยที่ 21 รายที่เข้ารับการรักษานในแผนกใน แพทย์ประจำแผนกผู้ป่วยใน วินิจฉัยว่ามีอาการเพ้อเพียง 6 ราย (ร้อยละ 28.6 ของผู้ป่วย 21 ราย) ซึ่ง 5 ใน 6 รายนี้ได้ถูกวินิจฉัยจากแพทย์แผนกฉุกเฉินว่ามีอาการเพ้อก่อนส่งเข้ารับการรักษานแบบผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยที่มีภาวะ อาการเพ้อ 23 ราย (ร้อยละ 92) เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะซึม (hypoactive psychomotor subtype) มีเพียง 2 รายที่เป็นแบบตื่นตัวเคลื่อนไหวผิดปกติ และเป็นแบบผสม (hyperactive or mixed-type) ซึ่งทั้ง 2 รายแพทย์แผนกฉุกเฉินสามารถระบุได้ว่า มีอาการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิต (Altered mental status) - ทั้งแพทย์แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในไม่ได้ลงข้อมูลเกี่ยวกับการซักประวัติหรือตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเพ้อในผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อ เลย (ประเมินโดย CAM-ICU) - พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อมีปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้คือสมองเสื่อม ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือพึ่งตนเอง และการได้ยินลดลง สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเพ้อ (ประมาณ 3.3-4.4 เท่า)

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือสามารถใช้เครื่องมือ CAM-ICU ในการประเมินเพื่อวินิจฉัยอาการเพื่อได้ดีกว่าการประเมินจากการตรวจร่างกายและซักประวัติเท่านั้น
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	งานวิจัยมีการออกแบบการวิจัยเหมาะสม งานวิจัยผ่านการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์จาก local institution review board reviewed and approved เครื่องมือการวิจัยเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ใช้สถิติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย และให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะภายใต้ขอบเขตการวิจัย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	-การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ สามารถนำเครื่องมือ CAM-ICU มาปรับใช้ในการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีความยุ่งยากซับซ้อนในเรื่องของการประเมินสภาพจิตและอาการทางระบบประสาทมากกว่าแผนกฉุกเฉินทั่วไป อาการของผู้ป่วยจิตเวชหลายอาการคล้ายกับอาการเพื่อและผู้ป่วยจิตเวชในบางครั้งก็สามารถมีอาการพร้อมด้วย เช่น จากการใช้สารเสพติด หรือขาดสารอาหารและน้ำ การขาดการนอนเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยทางจิต หรือเป็นผลจากผลข้างเคียงของยาการรักษาอาการทางจิตบางชนิด ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน อาการเพื่อในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกราย -ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีความเป็นไปได้ หน่วยงานมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น รวดเร็ว และทำให้ประสิทธิภาพของงานดีขึ้นคือมีแนวโน้มที่จะค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อมากขึ้น แต่พยาบาลจะต้องได้รับการฝึกทักษะการประเมินที่ถูกต้องแม่นยำ - ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ การที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้แม่นยำ และเพิ่มการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อเพิ่มขึ้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและหน่วยงานเพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่ถูกต้องมากขึ้นและรวดเร็วขึ้น โดยที่บุคลากรเสียเวลาในการประเมินเพิ่มขึ้นแต่ละรายเพียง 2-5 นาที

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	-เครื่องมือ CAM-ICUเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพค่า sensitive (93 to 100) and specific (98to 100) และ interrater reliability K= 0.77-0.95 -สามารถนำเครื่องมือ CAM-ICU มาใช้แทน CAM ในการประเมินผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยอาจไม่พูดได้ ใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า (ประมาณ2 นาที) แต่ผู้ประเมินต้องมีทักษะทางคลินิก เพราะต้องใช้ Clinical Judgment ในการวิเคราะห์สิ่งที่สังเกตและการซักประวัติจากญาติและดูจากประวัติอาการก่อนเข้ารับการรักษาจากรายงานของหน่วยงานที่ส่งมาได้ หรือรายงานสภาพของผู้ป่วยก่อนหน้านี้ -ผู้ประเมินต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะก่อนปฏิบัติจริงเช่นการฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ 1 สัปดาห์ จากคู่มือและฟังคำบรรยายการได้ดูการสาธิตจริงหรือดูเทป การประเมินผู้ป่วย และฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลองและได้รับการสังเกตการปฏิบัติงาน จริงในแผนกฉุกเฉิน เพื่อประเมิน สมรรถนะในการประเมิน เพราะความสามารถในการประเมินและวิเคราะห์ผลของการประเมินจะมีผลต่อความไวและความจำเพาะของการวินิจฉัยอาการเป็นอย่างมาก - ควรมีนโยบายในการประเมินหรือคัดกรองอาการเพ้อในผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทุกราย และมีการรายงานการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเพิ่มจำนวนการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้เครื่องมือประเมิน CAM-ICUประเมินพบผู้ป่วยมีอาการเพ้อถึง 8.3% ขณะที่แพทย์แผนกฉุกเฉินสามารถวินิจฉัยและเขียนในรายงานเพียง 1.9% หรือเท่ากับ มีผู้ป่วยถึง 76.0% ที่ไม่ถูกค้นพบว่ามีอาการเพ้อ ซึ่งการไม่ได้ระบุ ว่าผู้ป่วยมีอาการเพ้ออาจเกิดเนื่องจากไม่ได้ประเมินหรือมีการประเมินแต่ไม่ได้เขียนรายงานไว้ก็ได้ ซึ่งการที่สามารถประเมินและพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อได้ จะมีประโยชน์ต่อการรักษาเพื่อควบคุมอาการหรือลดอาการในปัจจุบันและการรักษาต่อเนื่องตามสาเหตุต่อไปได้เร็วขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	-จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ92) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อในลักษณะซึม (hypoactive psychomotor subtype) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถ้าใช้การสังเกตเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีการประเมินให้ครอบคลุมพออาจผิดพลาดไม่สามารถวินิจฉัยอาการเพ้อได้

เรื่องที่ 3.

ชื่อเรื่อง The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients.

ผู้วิจัย Hustey, F. M., & Meldon, S.W. (2002).

แหล่งตีพิมพ์ Annals of Emergency Medicine

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่ออธิบายความชุกของสภาพจิตที่บกพร่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน และเพื่อประเมินเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสภาพจิตโดยแพทย์แผนกฉุกเฉินหลังจากจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินแล้ว
Setting งานวิจัย	Urban teaching hospital
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยทุกรายอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ ED มากกว่า 1 ครั้ง ใช้เวลาในการศึกษา 12 เดือน ระหว่าง กรกฎาคม 1999-กรกฎาคม 2000 ที่มารับบริการทั้งเวลากลางวัน กลางคืน วันหยุด วันทำงาน กลุ่มตัวอย่างที่คัดออกคือผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วม, มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง, ไม่สามารถสื่อสารหรือร่วมมือในการให้ข้อมูล, หรือไม่สามารรถสื่อสารภาษาอังกฤษและไม่มีล่าม -ผู้ป่วย 337 คน ถูกคัดกรอง ถูกคัดออก 40 คน เหลือทั้งหมด 297 คน ร้อยละ 57 เป็นชนผิวดำ ผู้หญิงร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 77.9 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน	-แบบทดสอบ The Orientation-Memory-Concentration สำหรับวัดความบกพร่องของการรับรู้ และ Confusion Assessment Method for delirium เอกสารต่างๆ, การจัดการ, และการส่งต่อจากการทบทวนเวชระเบียน -การแปลผลคะแนน แบบประเมิน The Orientation-Memory-Concentration (OMC) ถ้าได้คะแนน = 11 หรือมากกว่าแปลว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด (moderate cognitive impairment) คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีอาการรุนแรง -การแปลผลการประเมินอาการเพื่อ ซึ่งประเมินโดย CAM ผู้ป่วยมีอาการเพื่อเมื่อมีอาการผิดปกติในข้อ 1 ข้อ 2a และข้อ 2b และความผิดปกติในข้อ 3 หรือข้อ 4 -ผู้ป่วยที่มีคะแนน OMC บวกแต่ CAM ลบ ถือว่ามีความบกพร่องในการรู้คิดโดยไม่มีอาการเพื่อ - ประเด็นสำคัญของอาการอาการเพื่อคือการที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ ขึ้นๆ ลงๆ (Fluctuating) การประเมินอาการตามเครื่องมือ CAM จากตัวผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล (ตัวแทน) ที่อยู่ขณะนั้น
วิธีการดำเนินการ	- ผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน โดยใช้ Confusion Assessment Method (CAM) และแบบทดสอบ The Orientation-Memory-Concentration (OMC) ซึ่งจะดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว การคัดกรองเบื้องต้นจะถูกสังเกตโดยผู้วิจัยหลักเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการประเมิน (reliability) -นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับความบกพร่องของการรับรู้ในอดีต, การดำเนินชีวิตในปัจจุบัน, และ/หรือ dementia รวมทั้งการใช้บริการของ Home Health Care และการเข้ารับการรักษาที่ ED - ข้อมูลทั่วไปทางประชากร, เอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับความบกพร่องของสภาพจิตใจ, การจัดการ, และการส่งต่อจะถูกสรุปจากการทบทวนเวชระเบียน จากผู้ช่วยวิจัยและข้อมูลเหล่านี้จะถูกตรวจ

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการ (ต่อ)	โดย review เวชระเบียนอีกครั้งหนึ่งจากผู้วิจัยหลัก เพื่อความแม่นยำและจัดการกับ missing data -การตระหนักรู้ของแพทย์ในเรื่องของความบกพร่องของสภาพจิตใจจะได้รับการยอมรับก็ต่อเมื่อพบว่ามีกัมมันตภาพรังสีไม่ว่าจะในส่วนใดของเวชระเบียน เช่น การรับรู้วัน เวลา สถานที่ผิดปกติ, ความจำมีปัญหา, หรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นต้น -การวินิจฉัยของแพทย์แผนกฉุกเฉินถึงอาการเพื่อได้แก่คำว่า delirium หรือคำอื่นที่มีความหมายแทนกันได้ เช่น a new or acute confusional state, acute organic brain syndrome, encephalopathy, or acute mental status change. - การส่งต่อข้อมูลเรื่องความบกพร่องด้านสภาพจิตใจหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินของแพทย์แผนกฉุกเฉิน ไปยังบริการด้านอื่นๆ เช่น สังคมสงเคราะห์, home health aide, ชมรมผู้สูงอายุ, พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ, จะตรวจสอบจากการทบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัยหลัก - มีการรายงานค่าความชุก สัดส่วนอัตราการ admit ระหว่างผู้ป่วยที่มีและไม่มี ความบกพร่องด้านสภาพจิตใจด้วยค่าความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์(Relatives Risks: RR)
ระเบียบวิธีวิจัย	prospective study
ระดับของงานวิจัย	Level II
ผลการวิจัย	- พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาสภาพจิตที่บกพร่องอายุเฉลี่ย = 77 ปี ผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อหรือการรู้คิดบกพร่องอายุเฉลี่ย = 81 ปี - ผู้ป่วย 297 คนพบ 78 คน (ร้อยละ26) พบว่ามีปัญหาด้านสภาพจิตใจ 30 คนเป็น delirium (ร้อยละ10) อีก 48 คนมีความบกพร่องทางการรับรู้แต่ไม่พบ delirium (ร้อยละ16) - พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 22 คน จากผู้มีปัญหาด้านสภาพจิต 78 คน (ร้อยละ 28) ที่แพทย์แผนกฉุกเฉินเขียนรายงานว่า มีปัญหาสภาพจิต -ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการรู้คิด ที่ไม่มีอาการเพ้อเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการรู้คิด (RR=0.99)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการรู้คิด เกือบ 2 เท่า (RR=1.94)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	การศึกษาครั้งนี้ตรงกับประเด็นปัญหาคือสามารถใช้เครื่องมือ CAM ในการประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉินได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุสามารถระบุอาการเพื่อได้มากกว่าการที่แพทย์ใช้การตรวจร่างกายและซักประวัติตามปกติ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	การวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ศึกษาเป็นแพทย์ที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินและ ผ่านการรับรองโครงสร้างการวิจัยจาก The hospital institution review board ผู้ช่วยวิจัยผ่านการฝึกอบรมก่อนการเก็บข้อมูลจริงและสังเกตการเก็บข้อมูลจริงในช่วงแรกเพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ในการใช้เครื่องมือ มีการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนคนไข้ซ้ำภายหลังผู้ช่วยวิจัยได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนแล้วจากผู้วิจัยหลัก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและจัดการทางสถิติกับข้อมูลที่ขาดหายไป
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ สามารถนำเครื่องมือ CAM มาปรับใช้ในการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางจิตในหลายๆ องค์ประกอบอยู่แล้ว การระบุว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อทำได้ยากกว่าผู้ป่วยทางกายทั่วไป - ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีความเป็นไปได้ หน่วยงานมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น รวดเร็ว และทำให้ประสิทธิภาพของงานดีขึ้น - ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ การที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้แม่นยำ และเพิ่มการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อเพิ่มขึ้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานในขณะที่เสียเวลาในการประเมินน้อย สามารถทำร่วมกับการการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในแผนกฉุกเฉินได้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การประเมินสภาพจิตและประเมินอาการเพื่อโดยเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและผู้ประเมินผ่านการฝึกอบรม ฝึกทักษะ และติดตามการประเมินจนมั่นใจว่าการประเมินน่าเชื่อถือ จะสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสภาพจิตและมีอาการเพื่อได้ดีกว่าการที่แพทย์ประเมินสภาพร่างกายและซักประวัติตามปกติ (โดยแพทย์ประเมิน และระบุได้เพียง ร้อยละ 28 ของการค้นพบผู้ป่วยที่มีสภาพจิตบกพร่องจากการใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐาน) - เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเพื่อในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถใช้เครื่องมือ CAM ได้

เรื่องที่ 4.

ชื่อเรื่อง

Evaluation of the confusion assessment method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room

ผู้วิจัย

Monette, J., Galbaud, G., Fung, S. H., Massoud, F., & Moride, Y. (2001).

แหล่งตีพิมพ์

General Hospital Psychiatry

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลของการประเมินอาการเพื่อในผู้สูงอายุที่แผนกฉุกเฉินโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ CAM และแพทย์เฉพาะทางสูงอายุ
Setting งานวิจัย	the emergency room at a tertiary care hospital, McGill University in Montreal, Canada
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 66 ปีขึ้นไป จำนวน 906 คน ที่เข้าเกณฑ์ในการวิจัย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบอกการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ ให้ขออนุญาตญาติแทน เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออกได้แก่ ผู้ป่วยพิการ ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ การสูญเสียความสามารถในการเข้าใจภาษา (aphasic) เคยเข้ารับการรักษาในสัปดาห์ก่อนหน้านี้ ไม่พูดภาษาอังกฤษ หรือภาษาฝรั่งเศส อาศัยอยู่ใน nursing home หรือมีอาการรุนแรงเกินกว่าที่จะสัมภาษณ์ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือในการประเมิน	The CAMได้รับการตรวจสอบความตรง(validated) กับ the cognitive scale used was the MMSE-ALFI, a 14-item คะแนนเต็ม 22 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำกว่า 17 น่าจะมีความบกพร่องในการรู้คิด (cognition impairment) การประเมินโดยใช้เครื่องมือ CAM ใช้เวลาประมาณ 5 นาที - การเตรียมผู้สัมภาษณ์ 1 คน เป็นพยาบาล ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำวิจัย 1คนเป็นพยาบาลที่เคยมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการทำวิจัย และอีก 1 คน คือ ผู้ช่วยวิจัยที่เคยมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมาก่อน ผู้สัมภาษณ์จะได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการระยะเวลา 5 วันและได้พูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับผู้สูงอายุที่มีอาการอาการเพื่อ ได้ทบทวนวรรณกรรมและดู VDO เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอาการอาการเพื่อ และได้รับการฝึกทักษะการสัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการเพื่อ สักส่วนของการเรียนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ CAM ในการประเมินผู้สูงอายุ ผู้สอนคือจิตแพทย์และ แพทย์เฉพาะทางสูงอายุ มีการฝึกสัมภาษณ์ตามคู่มือ CAM ซึ่งมีตัวอย่างพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการเพื่อที่หลากหลาย ซึ่งช่วยให้ผู้สัมภาษณ์มีทักษะในการจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการเพื่อได้ นอกจากนี้ ผู้สัมภาษณ์ยังได้มีโอกาสทำแบบทดสอบสั้นๆ เพื่อเป็นการประเมินหรือทดสอบตนเอง ในช่วง 1เดือนก่อนการวิจัยจริงเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ศึกษานำร่องในการใช้เครื่องมือCAM และเครื่องมืออื่นๆ เพื่อเตรียมความพร้อม ในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการเพื่อ
วิธีการดำเนินการ	-ผู้สูงอายุจะได้รับการสัมภาษณ์ภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากรับการรักษานในแผนกฉุกเฉิน แต่ถ้าผู้ป่วยมาช่วงเช้ามีด เช่น ดิสี่ จะได้รับการประเมินไม่เกิน 10 โมงเช้า จะเก็บข้อมูลเฉพาะวันทำการ ช่วงเช้าและ บ่าย(early evening shifts) -หลังจากที่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ ประเมิน MMSE-ALFI และต่อด้วย CAM ภายหลังทันที เพื่อให้ได้

หัวข้อ	รายละเอียด
วิธีการดำเนินการ (ต่อ)	ข้อมูลจากการสังเกต การตอบสนอง ของผู้ป่วย ระหว่างการสนทนา การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสัมภาษณ์ พุดคุย การขอการยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากการรวบรวมเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง และข้อมูล ทางประชากรและทางสังคมและตรวจสอบอาการผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการ ของอาการเพื่อในปัจจุบัน และอาการเปลี่ยนแปลงเฉียบพลันมีหรือไม่ -ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการประเมินโดย ผู้ช่วยวิจัย สัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้วรายงาน แพทย์เฉพาะทางสูงอายุ (1ใน3คน ที่เป็นทีมวิจัย) ให้มาประเมินผู้ป่วยซ้ำภายใน 3 ชั่วโมง และเพื่อให้เกิดการปกปิดข้อมูล (Blinding) สำหรับแพทย์ ผู้ช่วยวิจัยที่ สัมภาษณ์ผู้ป่วยจะส่งผู้ป่วยที่มีอาการ Dementia คะแนน MMSE-ALFI ต่ำกว่า Cutoff คือ 17 คะแนนลงมาให้แพทย์ประเมินด้วย ร้อยละ50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะใช้เครื่องมือประเมิน CAM และ MMSE-ALFI ประเมินผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ช่วยวิจัย แต่ค่าคะแนน CAM ของทั้ง 2คนจะไม่ถูกเอามาเปรียบเทียบกัน เพราะเป็นการประเมินคนละช่วงเวลา อาการต่างๆอาจเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในแต่ละช่วงของวันได้ โดยที่แพทย์จะวินิจฉัย ตัดสิน ภาวะโรคของผู้ป่วยตามเกณฑ์ DSM-III-R and the DSM-IVด้วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Retrospective study
ระดับของงานวิจัย	Level I
ผลการวิจัย	-ผู้ป่วย 77 คน (ร้อยละ8.5ของผู้ป่วยทั้งหมด) ถูกระบุโดยผู้ช่วยวิจัยว่ามีแนวโน้มว่ามีอาการเพื่อ -ผู้ป่วย 21 คน (ในกลุ่ม77คน) positive CAM และ 89 คน {ใน89 คนซึ่งครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ52.8) เป็นผู้ที่ได้ คะแนนMMSE-ALFI ต่ำกว่า17 คะแนน} negative CAM ถูกส่งไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการประเมินของผู้ช่วยวิจัย -ผู้ป่วย ทั้งหมด 100 คน ที่ถูกส่งจากผู้ช่วยวิจัยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประเมิน พบว่า ถ้าประเมินตามเกณฑ์ CAM พบว่าร้อยละ19 มี

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	อาการเพื่อ ถ้าประเมินตามเกณฑ์ DSM-III-R พบว่าร้อยละ 22 มีอาการเพื่อ ถ้าประเมินตามเกณฑ์ DSM-IV พบว่าร้อยละ 20 มีอาการเพื่อ และถ้าประเมินตามการตัดสินใจ (Impression) ของแพทย์เองพบว่า ร้อยละ 21 มีอาการเพื่อ - ผลการศึกษาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของการประเมินจากผู้ช่วยวิจัยที่ประเมินอาการเพื่อด้วยเครื่องมือ CAM เปรียบเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่าข้อวินิจฉัยอาการเพื่อระหว่างผู้ช่วยวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใกล้เคียงกัน กล่าวคือ The relevant kappa statistics ระหว่าง CAM กับ DSM-III-R: 0.86; CAM กับ DSM-IV: 0.97; CAM กับ Clinical Impression: 0.94 - การประเมินเปรียบเทียบการระบุหรือวินิจฉัย อาการเพื่อ ระหว่างผู้ช่วยวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ค่า kappa coefficient 0.91 statistics the sensitivity 0.86, the specificity 1.00, the PPV 1.00, and the NPV 0.97 ซึ่งมีค่าสูงกว่างานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา - ผู้ศึกษาให้ข้อคิดเห็นว่าการที่ค่าความเชื่อมั่นในการวัดในงานวิจัยต่างๆ แตกต่างกันอาจเนื่องจาก - การฝึกทักษะผู้ใช้เครื่องมือในแต่ละงานวิจัยต่างกัน เพราะแบบประเมิน CAM ต้องใช้ความสามารถในการสังเกตและตัดสินใจของผู้ประเมินสูง - ระยะเวลาในการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้เก็บข้อมูลต่างกัน กล่าวคือในการศึกษานี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 ครั้งระหว่างผู้ช่วยวิจัยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ห่างกันไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในขณะที่บางการศึกษาใช้เวลาภายใน 6 ชั่วโมง อีกการศึกษาหนึ่งใช้เวลา 12 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะโรคเอง อาการ Fluctuated หรือจากยาที่ใช้ในการรักษาในแผนกฉุกเฉินได้ ทำให้การวินิจฉัยอาการเพื่อของผู้ประเมินสองคนต่างกันมากและได้ค่าความแม่นยำ (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ต่ำกว่าการศึกษานี้

หัวข้อ	รายละเอียด
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	พบว่า การใช้ เครื่องมือCAM โดยผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมที่เพียงพอ สามารถช่วยให้การประเมินอาการเพื่อในแผนกฉุกเฉิน ได้ดีและน่าจะสามารถรณนำมาปรับใช้ในแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	มีการออกแบบการวิจัยที่ดี คำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่จะมีผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินและพยายามกำจัดปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้ เช่นทักษะของผู้ใช้เครื่องมือ เวลาที่จะประเมินซ้ำจากผู้เชี่ยวชาญ ห่วงไม่เกิน 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะมีอาการเพื่อ โครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจาก The ethics committee of the hospital การยินยอมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยโดยคำพูดจากผู้ป่วยหรือ ผู้ดูแล สถิติที่ใช้ประเมินคุณภาพของเครื่องมือเหมาะสมการอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษา เหมาะสมเหมาะสมผล
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ สามารถนำเครื่องมือ CAM มาปรับใช้ในการประเมินอาการเพื่อในผู้ป่วยแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง - ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง หน่วยงานมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น รวดเร็วและทำให้ประสิทธิภาพของงานดีขึ้น - ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ การมีเครื่องมือประเมินที่ชัดเจน มีหลักฐานว่ามีการประเมินจริง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ถูกค้นพบมากขึ้น และให้การช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น ช่วยให้ การปฏิบัติงานมีคุณภาพขึ้น นับว่าคุ้มค่ากับทรัพยากรที่เสียไป
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1.การที่จะประเมินอาการเพื่อโดยใช้เครื่องมือCAMได้แม่นยำ ปัจจัยสำคัญ หนึ่งคือความรู้และทักษะของผู้ประเมิน เนื่องจากเครื่องมือนี้ผู้ประเมินต้องใช้ความสามารถในการสังเกต สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและหรือผู้เกี่ยวข้อง และหรือการตรวจสอบข้อมูลประวัติ ผู้ประเมินต้องสามารถวิเคราะห์ตัดสินว่าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ที่

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	กำหนดไว้หรือไม่ การฝึกทักษะผู้ประเมินต้องฝึกในหลายลักษณะ เช่น การศึกษาครั้งนี้ผู้ประเมินต้อง ฝึกอบรมระยะเวลา 5 วัน วิธีการเรียนรู้ -ผู้เรียนต้องมีการทบทวนองค์ความรู้จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง -มีการเรียนรู้จากงานสนทนาและอภิปรายปัญหาต่างๆกับ ผู้สอนซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานกับผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ - มีการศึกษาจาก VDO เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการอาการแพ้ และการประเมินผล - เวลาส่วนใหญ่ ประมาณ 80% ใช้ในการเรียนรู้การใช้เครื่องมือ CAM การฝึกทักษะการประเมินตามเครื่องมือ - ศึกษาตัวอย่างพฤติกรรมที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ที่หลากหลาย จาก คู่มือการศึกษา ซึ่งช่วยให้ผู้สัมภาษณ์มีทักษะในการจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ได้ - มีการทดสอบความรู้ความสามารถของตนเองเป็นระยะๆ โดยการ ทำแบบทดสอบสั้นๆจากคู่มือการศึกษา -มีการฝึกจากสถานการณ์ จำลอง และการทดลองใช้เครื่องมือไป ประเมินผู้ป่วยจริงภายใต้การนิเทศของผู้ฝึกสอน 2. การใช้เครื่องมือCAM โดยผู้ที่ผ่านการฝึกอารมณ์และฝึกทักษะ การประเมินโดยมีผู้นิเทศ ก่อนการนำไปใช้จริง จะพบว่าสามารถ ประเมินและวินิจฉัยอาการแพ้ได้แม่นยำ

เรื่องที่ 5.

ชื่อเรื่อง Does This Patient Have Delirium? Value of Bedside Instruments

ผู้วิจัย Wong, C. L., Holroyd-Ledue, J., Simel, D., & Straus, S. E. (2010)

แหล่งตีพิมพ์ The Journal of the American Medical Association

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบถึงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อดูความแม่นยำของ Bedside instruments ในการวินิจฉัยการเกิด Delirium ในผู้ใหญ่
แหล่งข้อมูล	ค้นหาข้อมูลจาก MEDLINE (จากปี 1950-พฤษภาคม 2010) และ EMBASE (จากปี 1980-พฤษภาคม 2010), วิธีการหาใช้คำค้นประกอบด้วย confusion และ delirium ร่วมกัน ในหัวข้อการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ ส่วนบทความเพิ่มเติมจากบรรณานุกรมของบทความที่ได้มาก่อนหน้า
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เป็นงานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบ prospective กับผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่นับ ICU มีมาตรฐานการอ้างอิงการวินิจฉัยคือ DSM-III, DSM-III-R หรือ DSM-IV ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทาง (แพทย์ผู้ป่วยสูงอายุ, ประสาทแพทย์, หรือจิตแพทย์) มีการประยุกต์ใช้คำดัชนีในการทดสอบ (Index Test) เหมือนกันในผู้ป่วยส่วนใหญ่ (>ร้อยละ 80), มีการประยุกต์ใช้การทดสอบอ้างอิง (Reference Tests) เหมือนกันในผู้ป่วยทุกรายและผลของทุก reference test จะต้องแสดงให้เห็นและต้องมีทั้งผู้ป่วยที่มี delirium และไม่มี delirium ด้วย การคัดออกจากการศึกษาคือ ผลงานที่เกี่ยวข้องกับ delirium ที่เป็นผลมาจากแอลกอฮอล์หรือในประชากรที่เป็นเด็ก, การศึกษาซึ่ง Index Test และ Reference Tests ถูกดำเนินการในคนคนเดียวกัน หรือไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ต้องมีข้อมูลเบื้องต้นและรายงานสรุปทางสถิติที่พอเพียงปรากฏด้วย
ระเบียบวิธีวิจัย	Systematic review
ระดับของงานวิจัย	Level II

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ	การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบความแม่นยำ, ค่าความไว, ค่าความจำเพาะ, และ Likelihood ratio (LRs)
ผลการศึกษา	- ได้งานวิจัยทั้งสิ้น 79 เรื่องคัดออก 54 เรื่องเนื่องจากไม่เป็นตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด มีการศึกษาเพียง 25 เรื่องที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาสกัดและสังเคราะห์ - ขนาดตัวอย่างตั้งแต่ 26-791 คน (N=3027) มีเครื่องมือประเมิน delirium 11 เครื่องมือที่มีความแม่นยำในการวินิจฉัยเพียงพอ Accuracy of Clinical Examination in the Diagnosis of Delirium ซึ่งได้แก่ The Global Attentiveness Rating (GAR), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Confusion Assessment Method (CAM), Delirium Rating Scale Revised-98(DRS-R-98), Clinical Assessment of Confusion (CAC), และ Delirium Observation Screening Scale (DOSS) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมามีค่า LR > 5.0 สำหรับการวินิจฉัย delirium - ทุกเครื่องมือใน 11 เครื่องมือนี้ ใช้ Reference Tests โดยอ้างอิงจากการวินิจฉัยจาก DSM โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ให้การวินิจฉัย - มีการประเมินค่าความเชื่อมั่นของ interrater (ระหว่างผู้ให้คะแนน) ในบางเครื่องมือเช่น CAM, DRS, DRS-R-98, และ MDAS พบว่ามีค่า degree of agreement ที่ดี ซึ่งค่า agreement k ขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ประเมินด้วยเช่นการศึกษาของ Inouye(1999) ซึ่งศึกษาในเครื่องมือ CAM ประเมินโดยแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 2 ท่านได้ค่า reliability เท่ากับ 0.74 (DSM-III), 0.74 (DSM-III-R), และ 0.72 (DSM-IV) โดยพบว่าแพทย์ที่ยังผ่านการฝึกอบรมมาไม่มากนักก็อาจมีระดับของการตกลงต่ำกว่าเมื่อต้องประเมินผู้ป่วย delirium - ผลการศึกษาพบว่า CAM มีข้อมูลสนับสนุนว่าสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหา delirium ได้ดีที่สุด (จากงานวิจัยทั้งหมด 12 การศึกษา ค่า summary-Sensitivity 86 (74-93), summary

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการศึกษา (ต่อ)	Specificity 93 (87-96, summary-positive LR, 9.6; 95% CI, 5.8-16.0; summary-negative LR, 0.16; 95% CI, 0.09-0.29) -จากเครื่องมือทั้งหมด พบว่า MMSE (คะแนน < 24) มีประโยชน์น้อยที่สุดสำหรับการค้นหาผู้ป่วยdelirium (LR, 1.6; 95% CI, 1.2-2.0)
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงศาสตร์	-การวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ศึกษามีการออกแบบงานวิจัยดี มีการกำหนดเกณฑ์คัดงานวิจัยเข้าและเกณฑ์คัดงานวิจัยออกชัดเจน - มีการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือตามเกณฑ์การวิเคราะห์เครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยทั้งเรื่องความไว, ความจำเพาะ, ความรวดเร็ว, Likelihood ratio (LRs) และง่ายต่อการใช้ ซึ่งมีประโยชน์ต่อการตัดสินใจใช้เครื่องมือ รวมทั้งมีการวิเคราะห์คุณภาพของงานวิจัยแต่ละเรื่อง - มีการแสดงตารางผลการวิเคราะห์เครื่องมือที่ชัดเจนสะดวกต่อการศึกษาข้อมูล
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ สามารถนำข้อสรุปถึงเครื่องมือที่มีคุณภาพ ที่เป็นที่ยอมรับคือเครื่องมือ CAM มาปรับใช้ในการประเมินอาการเพ้อในผู้ป่วยแผนกจิตเวชฉุกเฉินได้โดยผู้ใช้เครื่องมือต้องมีทักษะในการประเมิน - ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ความเป็นไปได้ หน่วยงานมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือสนับสนุนว่าเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย รวดเร็วและทำให้ประสิทธิภาพของงานดีขึ้น - ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ การที่สามารถประเมินผู้ป่วยได้แม่นยำ และเพิ่มการค้นพบผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อเพิ่มขึ้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและหน่วยงานในขณะที่เสียเวลาในการประเมินน้อย สามารถทำร่วมกับการการประเมินและปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในแผนกฉุกเฉินได้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีหลักฐานในการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปเพื่อนำมาใช้	จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการเพื่อโดยใช้เครื่องมือที่สามารถประเมินได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาสั้นประมาณ 5 นาที สามารถประเมินไปพร้อมกับทำกิจกรรมอื่นๆได้ และมีความแม่นยำ พบว่าเครื่องมือCAM ได้รับการพิจารณาว่าเป็นเครื่องมือประเมินที่ดีที่สุด สามารถใช้ประเมินได้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ไม่มีความรู้ทางจิตเวชแต่ต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะที่เพียงพอ เพราะทักษะของผู้ประเมินจะมีผลต่อความน่าเชื่อถือของการประเมินด้วย สามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก ในผู้ป่วยICU แผนกฉุกเฉิน และ nursing home ดังนั้นจึงสมควรนำเครื่องมือCAMมาทดลองใช้ในแผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ลักษณะของเครื่องมือCAM - The Confusion Assessment Method (CAM) Diagnostic Algorithm Features and Descriptions เป็นเครื่องมือที่มีการประเมินเป็นลำดับโดยอิงจากองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่าง ของ DSM-III-R คือ การเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ , ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นระบบ และระดับความรู้สึกลึกตัวเปลี่ยนแปลง การสังเกตอย่างเป็นลำดับนี้ควรจะใช้ทุกครั้งหรือครั้งใดๆ ก็ตามที่มีการเข้าไปดูแลผู้ป่วย ไม่ได้จำกัดที่ต้องไปนั่งสัมภาษณ์อย่างเดียว แต่ก็ต้องสามารถประยุกต์ใช้ได้ - ทันทั่วทั้งที่หากต้องมีการซักถามเพื่อยืนยันความมั่นใจ -องค์ประกอบของเครื่องมือ - Feature1: อาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ - มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตจากปกติไปอย่างฉับพลันหรือไม่? -มีการเปลี่ยนแปลงอาการหรือพฤติกรรมในระหว่างวันหรือไม่? (อาการรุนแรง ขึ้นๆลงๆ ไปมา)

หัวข้อ	รายละเอียด
สรุปเพื่อนำมาใช้ (ต่อ)	Feature 2: การไม่มีสมาธิ - ผู้ป่วยมีความยากที่จะให้ความสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือไม่, ยกตัวอย่างเช่น เสียสมาธิง่ายต่อสิ่งกระตุ้นหรือ วอกแวกง่าย, ยากที่จะจับประเด็นที่กำลังสนทนาหรือไม่? Feature 3: กระบวนการคิดไม่เป็นระบบ - ผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องสับสน หรือพูดไม่ต่อเนื่อง, คล้ายๆกับพูดววนพูดออกนอกเรื่องไม่ตรงประเด็น ความคิดไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่ชัดเจน, หรือไม่สมารถคาดการณ์ได้เปลี่ยนจากพูดเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งอย่างรวดเร็ว หรือไม่? Feature 4: ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง - ในภาพรวม, คุณให้คะแนนระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วยคนนี้เท่าไร? ตื่นตัวเตรียมพร้อม (ปกติ) เฝ้าระวัง (ตื่นตัวมากเกินไป) เฉื่อยชา (เชื่องซึมหรือยังกระตุ้นได้ง่าย) มึนงง (ยากที่จะกระตุ้น) อาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (ไม่สามารถกระตุ้นได้เลย) การวินิจฉัย delirium จะต้องต้องมีทั้งลักษณะข้อ 1 และ 2 และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในข้อ 3 และ 4 ลำดับคำถามนี้อ้างอิงมาจากองค์ประกอบสำคัญตามเกณฑ์ DSM-III-R สำหรับ delirium ประยุกต์มาจาก Inouye (1990) และ ELY (2001) โดยผู้ประเมินเป็นผู้ระบุตามลำดับหัวข้อว่าผู้ป่วยมีอาการที่ปรากฏหรือไม่

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางสาววรรณวิมล เดชกำแหง
วัน เดือน ปีเกิด	9 กรกฎาคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา, 2545 จังหวัดนนทบุรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 112 ถ. สมเด็จพระเจ้าพระยา เขต คลองสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร nuja_dechgamhaeng@hotmail.com