ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

อนุสิทธิ์ นุชนาท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2569

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Effectiveness of a Nurse-Led Program for the Prevention and Management of Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Major Abdominal Surgery on the Occurrence of Acute Delirium

Anusit Nuchchanat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

2026

Copyright of Srisavrindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
นักศึกษา	นายอนุสิทธิ์ นุชนาท
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2568

สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส)

คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เจรนุกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล)

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
นักศึกษา	นายอนุสิทธิ์ นุชนาท
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐาน เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI ของโปรแกรม = 1; แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง = 0.90) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย การทดสอบของฟิชเชอร์ การทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 17.1) และกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 8.6) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*RR* = 0.50, *95% CI* = 0.14 – 1.84, $p > .05$) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม ระหว่าง 4 – 17 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 39.06 วัน และกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนระหว่าง 7 - 11 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 31.94 วัน ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.492$, $p > .05$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ($M = 4.29$, $SD = 0.16$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.60$, $SD = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.096$, $p < .001$) ดังนั้น โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยพยาบาลเป็นผู้นำสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแล

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้ โดยเฉพาะในการส่งเสริมความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และมีแนวโน้มในการลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง ผู้สูงอายุ พยาบาลเป็นผู้นำ ภาวะสับสนเฉียบพลัน

Thesis Title	Effectiveness of a Nurse-Led Program for the Prevention and Management of Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Major Abdominal Surgery on the Occurrence of Acute Delirium
Student	Mr. Anusit Nuchchanat
Major Advisor	Assoc. Prof. Dr. Johnphajong Phengjard, Ph.D.
Co Advisor	Asst. Prof. Dr. Rotsukon Varitsakul, Ph.D.
Major Program	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2025

ABSTRACT

This quasi-experimental study employed a two-group post-test only design to evaluate the effectiveness of a nurse-led postoperative delirium (POD) prevention and management program among elderly patients undergoing major abdominal surgery. Key outcomes included POD incidence, length of stay (LOS), and satisfaction with nursing care. The sample comprised 70 patients aged 60 and older undergoing open gastrointestinal surgery at Samut Prakan Hospital, recruited via purposive sampling and assigned sequentially to either the control group (n = 35, receiving standard care) or the experimental group (n = 35, receiving standard care plus the nurse-led program). Research instruments were validated by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 1.0 for the program and 0.90 for the postoperative delirium risk assessment tool. The nursing satisfaction scale demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and independent t-test.

The results showed that the incidence of POD was 17.1% in the control group and 8.6% in the experimental group (RR = 0.5; 95% CI = 0.14 – 1.84, $p > .05$), indicating no statistically significant difference. Regarding LOS, the control group ranged from 4 to 17 days (mean rank = 39.06), while the experimental group ranged from 7 to 11 days (mean rank = 31.94), with no statistically significant difference (Z = -1.492, $p > .05$). However, nursing satisfaction scores were significantly higher in the experimental

group (*M* = 4.29, *SD* = 0.16) than in the control group (*M* = 3.60, *SD* = 0.17; *t* = -17.096, *p* < .001). The nurse-led POD prevention and management program is applicable for elderly patients undergoing major abdominal surgery. While it significantly enhances nursing care satisfaction, it also demonstrates a promising trend in reducing POD incidence, which may contribute to improved clinical outcomes in this population.

Keywords: abdominal surgery, nurse-led program, older adults, postoperative delirium

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้เสียสละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการกรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และคอยให้กำลังใจ ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เจรนุกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงกิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และ พว.ทิพเนตร งามกาละ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง, advanced practice nurse: APN) ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทราสภากาชาดไทยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าอย่างยิ่งตลอดการศึกษา และเจ้าหน้าที่หน่วยงานบัณฑิตศึกษาทุกท่านที่ให้การช่วยแหลือแนะนำ ประสานงานและให้กำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 – 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ได้อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภากาชาดไทยที่มอบทุนการศึกษาต่อระดับปริญญาโท และทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ขอขอบคุณหัวหน้า พว.ศิริวรรณ โปษยาอนุวัตร์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) ที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเรื่องเรียนมาตลอด และเพื่อนร่วมงานที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน และช่วยรับผิดชอบงานในระหว่างที่ผู้วิจัยศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน สนับสนุนการศึกษา ปลูกฝังสิ่งที่ดีงามตลอดมา ขอบคุณญาติพี่น้อง และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกคนที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา คุณความดีและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครู-อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

อนุสิทธิ์ นุชนาท

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย		ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		ค
กิตติกรรมประกาศ		จ
สารบัญ		ฉ
รายการตาราง		ซ
รายการภาพประกอบ		ฌ
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	5
	คำถามการวิจัย	5
	สมมติฐานการวิจัย	6
	กรอบแนวคิดการวิจัย	6
	นิยามตัวแปร	8
	ขอบเขตของการวิจัย	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
	ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง	13
	การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด	30
	โปรแกรมการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด	33
	โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ	40
	บทสรุป	47
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	49
	รูปแบบการวิจัย	49
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	60
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	73
	การวิเคราะห์ข้อมูล	74

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล..... 76
ผลการวิจัย..... 77
อภิปรายผลการวิจัย..... 83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 91
สรุปผลการวิจัย..... 92
ข้อเสนอแนะ..... 95
เอกสารอ้างอิง..... 97
ภาคผนวก..... 111
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง..... 112
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 114
ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ..... 141
ง เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 146
จ เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากแหล่งเก็บข้อมูล..... 155
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 157
ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ..... 159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 160

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางโปรแกรม Hospital Elder Life Program (HELP) แบบดั้งเดิม.....	42
2	ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง t-HELP และการพยาบาลตามปกติ.....	43
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่ม อิสระจากกัน (Independent t-test; Fisher' Exact test)	77
4	เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Fisher' Exact test.....	79
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับระยะเวลานอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Mann-Whitney test.....	80
6	เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Independent t-test.....	81
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Mann-Whitney test.....	82
8	ระดับมาตราวัดตัวแปร.....	158

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	7
2	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	70

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Postoperative Delirium: POD) เป็นภาวะความผิดปกติของการรับรู้และความสามารถในการให้ความสนใจ ซึ่งเกิดขึ้นเฉียบพลันหลังการผ่าตัดและการได้รับระงับความรู้สึก (American Psychiatric Association, 2013) โดยมีลักษณะสำคัญคืออาการผันผวนในช่วงเวลาต่าง ๆ ของวัน (นิศารัตน์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2559) ภาวะดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังปี ค.ศ. 2021–2023 จากโครงการปรับปรุงคุณภาพการผ่าตัดแห่งชาติของวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกัน (American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: ACS-NSQIP) พบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ร้อยละ 10.6 โดยพบมากขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น (Panayi et al, 2025) นอกจากนี้ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7 – 10 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 2 - 3 วัน (Jin et al., 2020) อัตราการผ่าตัดซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และโอกาสกลับบ้านหลังจำหน่ายที่ลดลง (Panayi et al, 2025) สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะสับสนเฉียบพลันต่อผลลัพธ์การรักษาโดยรวม

สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ ที่พบในผู้สูงอายุในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 22.70 (สุคนธ์ทิพย์ กุลประยงค์ และคณะ, 2568) นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดสูงขึ้นชัดเจนในผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้องถึงร้อยละ 24.5 (นัทยา แสงบุญเรือง และคณะ, 2568) โดยเกิดช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 และระยะเวลาของการมีภาวะสับสนอยู่ในช่วง 2 ถึง 12 วัน (ทิพเนตร งามกาละ และคณะ, 2561) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้องมักมีสาเหตุจากโรคที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น เนื้องอกหรือมะเร็งระบบทางเดินอาหาร การติดเชื้อในช่องท้อง การทะลุของกระเพาะอาหาร และภาวะลำไส้อุดตัน ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขต้นเหตุ ลดความรุนแรงของโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิต (อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ, 2563) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลเฉพาะด้านอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอาจประสบกับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูช้าลง การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด รวมถึงภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Inouye et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุที่มากขึ้น ภาวะสมองเสื่อม โรคประจำตัวรุนแรง การลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน การจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ ความปวด การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General Anesthesia: GA) ความผิดปกติของระบบเมตาบอลิสม การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (กมล กานต์ ปรีชาธีระศาสตร์, 2557; นิศารัตน์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2559; สุคนธ์ทิพย์ กุลประยงค์ และคณะ, 2568) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะปวด และระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (ทิพเนตร งามกาละ และคณะ, 2561) รวมถึงปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ การสูญเสียเลือดมากกว่า 900 ซีซี การได้รับเลือดหรือสารน้ำเกินกว่า 300 ซีซี การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาการผ่าตัดนานเกิน 300 นาที และการมีอาการปวดรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (กนกกาญจน์ กองพิธี และคณะ 2563) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของภาวะ POD ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และกระบวนการรักษา

ภาวะสับสนเฉียบพลันเมื่อเกิดแล้วจะส่งผลให้เกิดการดูแลรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและการเสียชีวิต รวมทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Mosharaf et al., 2022) ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดึงท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ต้องใส่ท่อใหม่หรือหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ และในบางกรณีอาจเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (พรรณี ไชยวงค์ และคณะ, 2558) ซึ่งล้วนส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง (เนตรดาว ชัชวาล และคณะ, 2561) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ อารมณ์แปรปรวน การรับรู้ผิดปกติ และอาการทางระบบประสาท ซึ่งเพิ่มภาระการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว (Aranake-Chrisinger & Avidan, 2017)

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด พบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่หลากหลายเพื่อการป้องกันและจัดการอาการ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ เช่น โปรแกรมป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุศัลยกรรม โดยการปรับสภาพแวดล้อม การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ และการดูแลสุขภาพกาย สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด POD การปัญหาการดึงท่อช่วยหายใจ รวมทั้ง

ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้ (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565) และโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มุ่งเน้นการฟื้นสภาพและภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ โดยไม่ได้เน้นเฉพาะเรื่องการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (อิสราพงศ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ช่วยลดภาวะความบกพร่องทางการรู้คิดและอุบัติการณ์ของภาวะ POD ได้อย่างชัดเจน (สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ, 2558) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีโปรแกรมและแนวปฏิบัติที่ให้ผลเชิงบวกหลายประการ แต่ในปัจจุบันยังคงมีช่องว่างที่สำคัญ เนื่องจากแนวทางการดูแลส่วนใหญ่อาจยังไม่ได้มุ่งเน้นการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในลักษณะที่เฉพาะกับบริบทรายบุคคล (individualized care) อีกทั้งยังขาดรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นระบบ และการเลือกใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานจริงของพยาบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันและจัดการภาวะ POD ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ในระดับนานาชาติ พบว่ามีโปรแกรม Hospital Elder Life Program (HELP) (Inouye et al., 2000) และพัฒนาพัฒนาต่อยอดเป็นโปรแกรม Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program (t-HELP) และ Modified Hospital Elder Life Program (mHELP) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (Chen et al., 2017; Wang et al., 2020) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวครอบคลุมการป้องกัน จัดการความเสี่ยงและการดูแลความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โปรแกรมที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมการป้องกัน การดูแลจัดการเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะในรูปแบบโปรแกรมการดูแลที่พยาบาลเป็นผู้นำ ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งที่แนวคิดพยาบาลเป็นผู้นำ (Nurse-led clinic) ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแล ลดต้นทุน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ (JBI, 2010; Wong & Chung, 2006) และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำในการประเมิน วางแผน ประสานงาน และติดตามผลการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

จากประสบการณ์ทางคลินิกของผู้วิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้องมักเผชิญกับภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน

ผู้วิจัยพบว่าแม้จะมีแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาก่อนหน้าที่สนับสนุนแนวทางการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ แต่ประสิทธิผลของการนำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบ “โปรแกรมการดูแลที่พยาบาลเป็นผู้นำ” (nurse-led program) สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง ยังปรากฏหลักฐานที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับทั่วไป นอกจากนี้ ในบริบทของโรงพยาบาลสมุทรปราการยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงเชิงรุก การใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหมาะสม และการดูแลที่ปรับให้สอดคล้องกับความเสี่ยงและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย (tailored care) ว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและปรับปรุงผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้จริงเพียงใด

ดังนั้น แม้ว่าการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจะมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง แต่ยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้ในด้านบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้นำการดูแล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง สามารถสังเกต ประเมิน และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่เน้นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่นำโดยพยาบาลโดยมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในเรื่องอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในบริบทของสังคมไทย

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง โดยโปรแกรมนี้นำโดยพยาบาล ซึ่งพัฒนาจากการบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัยและโปรแกรมลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด รวมถึงการป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับแนวคิดพยาบาลเป็นผู้นำทางคลินิก (JBI, 2010) ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและผู้รับบริการในโรงพยาบาลสมุทรปราการ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีด้านการสื่อสาร LINE Official Account (LINE OA) เป็นช่องทางการสื่อสารและการประสานการดูแลระหว่างทีมบุคลากรและครอบครัวผู้ป่วย ผลการศึกษานี้คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง รวมถึงพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน และยกระดับคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

วัตถุประสงค์ย่อย

1) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

2) เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

คำถามการวิจัย

1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำหลังการทดลองมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานหรือไม่

2) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำหลังการทดลองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานหรือไม่

3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำหลังการทดลองมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

2) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำหลังการทดลองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

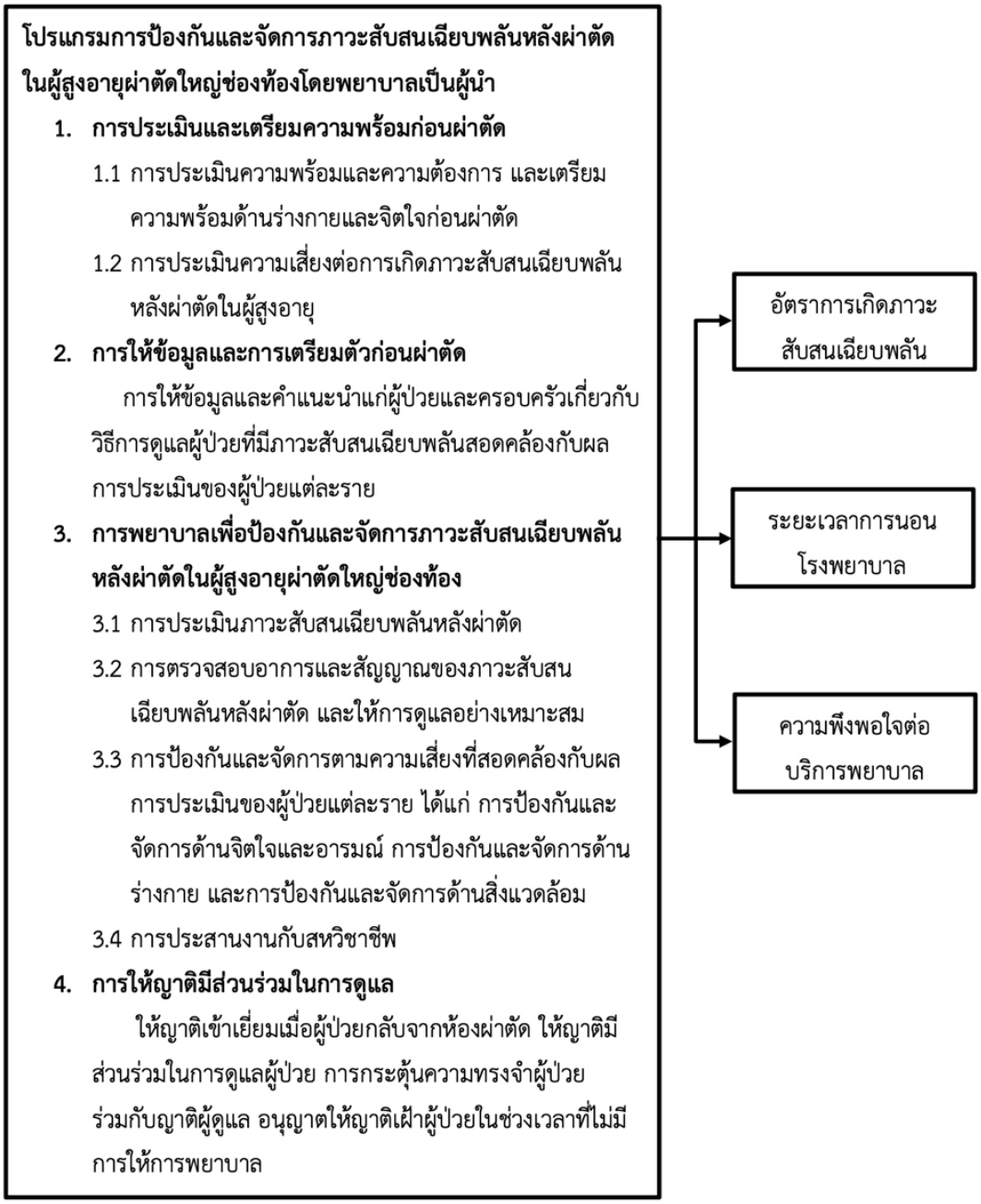
3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำหลังการทดลองมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดของบริการคลินิกที่นำโดยพยาบาล (Nurse-led clinic) มาใช้ ซึ่งเป็นบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (JBI, 2010) มุ่งเน้นการดูแลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการประเมินการรักษา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพตามความจำเป็น ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม คือ ผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินโปรแกรมที่มุ่งเน้นการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยเน้นการประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสน และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ นอกจากนี้ยังได้มีการนำแนวคิดการดูแลเฉพาะบุคคลและการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Wang et al., 2020) มาใช้ในการออกแบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดผ่านกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมิน และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูล การพยาบาลเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การจัดการสภาพแวดล้อม การกระตุ้นให้ทำกิจกรรม การดูแลด้านโภชนาการ การสนับสนุนทางจิตใจ การติดตามและประเมินอาการ รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว ซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลหลายด้านที่เฉพาะกับผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะสับสนในผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



นิยามตัวแปร

นิยามตัวแปรต้น

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นรายบุคคลโดยมีพยาบาล (ผู้วิจัยหลัก) เป็นผู้นำในทีมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการ และเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย 3) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การตรวจสอบอาการและสัญญาณของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม การป้องกันและจัดการตามความเสี่ยง (การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย และการป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม) และการประสานงานกับสหวิชาชีพ และ 4) การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นความทรงจำผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล

การพยาบาลตามมาตรฐาน หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ หรือข้อกำหนดที่ได้รับการยอมรับและกำหนดขึ้นโดยหน่วยงาน วิชาชีพ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ การพยาบาลตามมาตรฐาน มีกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผลการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและสอดรับกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย

นิยามตัวแปรตาม

อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการสับสนเฉียบพลันในช่วงเวลาที่กำหนดซึ่งในกรณีนี้คือช่วงเวลาหลังการผ่าตัดจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษา}} \text{ X } 100$$

การประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) (Wongpakaran et al., 2011)

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยใช้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เข้ารับการผ่าตัดจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยจะนับรวมทุกวันตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงวันเข้ารับการผ่าตัดและวันจำหน่ายออก

ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล หมายถึง ระดับที่ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจหรือมีความสุขกับการดูแลและบริการที่ได้รับจากพยาบาล ซึ่งความพึงพอใจจะถูกประเมินผ่านความรู้สึกของผู้ป่วยต่อ 1) ความห่วงใยเอื้ออาทร 2) การเข้าถึงการบริการ และ 3) ความสามารถเชิงวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล (นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล, 2554)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวนทั้งหมด 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม 2568

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามารถนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและยังสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

2) ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจจะศึกษา ค้นคว้า หรือทำวิจัย และพัฒนานวัตกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วยได้ต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
    - 1.1 ความหมายและประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน
    - 1.2 ประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน
    - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
    - 1.4 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ
    - 1.5 การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
    - 1.6 การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
2. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด
    - 2.1 หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
    - 2.2 การพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
3. โปรแกรมการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
    - 3.1 ประเภทโปรแกรม
    - 3.2 กิจกรรมในโปรแกรม
    - 3.3 ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม
    - 3.4 การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม
4. โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ
    - 4.1 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม
        - 4.1.1 แนวคิดของ Hospital Elder Life Program (HELP)
        - 4.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลเป็นผู้นำในการจัดการดูแลผู้ป่วย (nurse-led program)
    - 4.2 องค์ประกอบและกิจกรรมในโปรแกรม

4.3 การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

4.4 โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

5. บทสรุป

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยมีชื่อเรียกหลากหลาย เช่น Delirium, Acute Confusion State, Acute Organic Psycho Syndrome, Acute Cerebral Insufficiency, Metabolic Encephalopathy, Acute Psycho-Organic Syndrome, Acute Organic Reaction, Cognitive Disorders และ Acute Brain Failure (สุภาวดี แก้วสินธุ์, 2566) อย่างไรก็ตามคำที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ในทางการแพทย์มากที่สุด คือ Delirium ซึ่งมีการให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลายดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) ให้ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสำนึกและการรับรู้ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ผู้ป่วยจะมีการขาดสมาธิ ความจำเสื่อม การรับรู้ที่ผิดปกติ รวมถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยอาการเหล่านี้มักมีการเปลี่ยนแปลงตลอดทั้งวัน ซึ่งอาจรุนแรงขึ้นในช่วงกลางคืน ภาวะนี้มักพบในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการผ่าตัด

กรมสุขภาพจิต (2556) อธิบายว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจแบบชั่วคราวและเกิดขึ้นเป็นระยะๆ โดยมีลักษณะสำคัญคือการสูญเสียสมาธิ เช่น ความสามารถในการตั้งใจ การจดจ่อ การรักษาความสนใจ และการเปลี่ยนความสนใจ รวมถึงการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น การลดลงของการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาการนี้มักเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ และมีแนวโน้มเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ระหว่างวัน โดยมักพบร่วมกับความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความจำ ความคิด และอารมณ์

พรรณี ไชยวงค์ และคณะ (2558) ให้ความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของการทำงานของสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญา มักเกิดในช่วงที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงจากความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญาและความสนใจ อาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและเป็นอยู่ชั่วคราวโดยมักเกิดหลังการผ่าตัด

Inouye et al. (2014) ภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางการรับรู้และการรู้สึกตัวซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการจดจำ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือผิดปกติ ภาวะนี้มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ และมีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา โดยเฉพาะในช่วงเย็นหรือตอนกลางคืน ซึ่งอาการอาจรุนแรงขึ้น

Marcantonio (2017) กล่าวว่า ภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสำนึกและการรับรู้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่คงที่ ผู้ป่วยมักมีอาการหลงลืม สับสน ไม่สามารถจดจ่อหรือทำกิจกรรมตามปกติได้ อาการเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงเวลาเดียวกันและมักจะแย่ลงในตอนกลางคืน ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือมีปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง เช่น หลังการผ่าตัดใหญ่

กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์ (2554) อธิบายว่า ภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถสรุปได้ว่าเป็นอาการที่มีความผิดปกติในสมองที่ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัว ระดับสติปัญญา การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล ความทรงจำความจดจ่อหรือความตั้งใจที่ลดลง รวมถึงการมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่นอาการสับสน วุ่นวาย การนอนหลับถูกรบกวน ซึม หูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งจะเกิดในระยะเวลาสั้นๆ แต่รุนแรง

สุภาวดี แก้วสินธุ์ (2566) ระบุว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองและการรับรู้ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญา เช่น การรับรู้สิ่งกระตุ้นและการตีความความหมาย รวมถึงการแยกแยะเวลา สถานที่ และบุคคลผิดปกติ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ลดลง ขาดสมาธิ ไม่มีความสนใจ และการตัดสินใจที่ผิดพลาด อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมีลักษณะไม่คงที่

จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง การทำงานของสมองที่ผิดปกติซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและเป็นเพียงชั่วคราว โดยภาวะนี้ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความสามารถในการจดจ่อและให้ความสนใจลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา เช่น ความจำเสื่อม ความสามารถในการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลลดลง รวมถึงมีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาการดังกล่าวมักมีลักษณะไม่แน่นอน โดยเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตลอดวัน ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการผ่าตัด

ประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน มักมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติทางจิตในหลายลักษณะ โดยการแสดงออกของพฤติกรรมเหล่านี้จะแตกต่างจากอาการทางจิตอื่น ๆ อย่างชัดเจน ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (subtypes of delirium) ตามที่ (American Psychiatric Association, 1994) ดังนี้

1. ประเภทตื่นตัวมาก (hyperactive delirium) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย ตื่นตัวมากเกินไปมีอารมณ์ก้าวร้าวหรือหงุดหงิดง่าย บางครั้งอาจมีภาพหลอนและการรับรู้ที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากเกินไปจากการศึกษาของ

ทิพเนตร งามกาละ และคณะ (2561) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมพบผู้ป่วยประเภทตื่นตัวมากเป็นร้อยละ 78.26 ลักษณะอาการที่พบ เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับ กระส่าย สับสนวุ่นวาย ก้าวร้าว ส่งเสียงดังร้องเรียกหาญาติ ดึงสายต่างๆ ที่อยู่ติดกับตัว หรือ ปีนเตียง เป็นต้น

2. ประเภทง่วงซึม (hypoactive delirium) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเฉื่อยชา การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง มีการลดลงของการทากิจกรรมต่างๆ เซื่องซึม การเคลื่อนไหวช้าลง เฉยเมย พูดช้าลง ไม่ให้ความสนใจในสิ่งรอบตัว ทำให้ผู้ป่วยลักษณะในกลุ่มนี้มักจะถูกละเลยในการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยที่ผิดพลาดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Maldonado, 2018; Schiemann et al., 2011)

3. ประเภทผสมผสาน (mixed subtype) คือ ลักษณะที่พบระหว่างมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติกับมีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ มีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกไม่คงที่สลับไปมาระหว่าง hyperactive และ hypoactive และอาการเหล่านี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปมาตลอดวัน ทำให้การวินิจฉัยและการดูแลยากขึ้น จากการศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันแบบประเภทผสมผสาน ร้อยละ 16.13 (กัญจนา ปุกคำ และคณะ, 2562)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องมีค่อนข้างน้อยมีการศึกษาของ กนกกาญจน์ กองพิธี และคณะ (2563) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเสียเลือด การได้รับเลือดหรือสารน้ำ การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระยะเวลาการผ่าตัด และระดับความปวดระดับรุนแรงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดโดยทั่วไป ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเหนี่ยวนำและปัจจัยกระตุ้น (Maldonado, 2018) ดังนี้

1. ปัจจัยเหนี่ยวนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษาสามารถเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่

1.1 อายุ อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด เนื่องจากกระบวนการสูงอายุส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การปรับตัวต่อความผิดปกติของร่างกายลดลง และทำให้ความเปราะบางของร่างกายเพิ่มขึ้นไปด้วย โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเนื่องจากการเสื่อมถอยของระบบประสาทและความสามารถในการปรับตัวลดลง (Lorenzo et al., 2013; Van Rompaey et al., 2008)

1.2 เพศ ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยมีรายงานว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้สูงกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 74 คน พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงกว่าเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 78 (Kanova et al., 2017)

1.3 ภาวะสมองเสื่อม มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่ายขึ้น เนื่องจากสมองมีการทำงานที่ผิดปกติและความสามารถในการรับรู้และตอบสนองที่ลดลง (Fick et al., 2013)

1.4 โรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสรีรวิทยา ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด หรือโรคไต จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากความซับซ้อนของโรคที่ทำให้ร่างกายปรับตัวได้ยาก (Inouye et al., 1996)

1.5 การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อระบบประสาท เช่น ยาระงับประสาท หรือยากล่อมประสาทใช้ยาต่อเนื่องเป็นประจำสามารถทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Marcantonio, 2017; Wilson et al., 2020)

1.6 ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อการเกิด delirium เช่น การทำงานของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่ผิดปกติและการบกพร่องในกระบวนการรับรู้ (cognition) (Inouye et al., 2006; Witlox et al., 2010) และจากการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยเมื่อได้รับการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (นิศารัตน์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2559)

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นใหม่หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

2.1 การใช้ยาในกลุ่มที่ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) และยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ยาจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง สามารถจับกับตัวรับกาบา (GABA receptor) ในสมองซึ่งจะนำไปสู่การลดการส่งผ่านกระแสประสาท การยับยั้งการประมวลผลของระบบประสาทสัมผัส และการไหลเวียนเลือดไปยังสมองที่ลดลง สิ่งนี้สามารถส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึม ความสับสน และเพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาเป็นภาวะสับสนเฉียบพลัน (Kanova et al., 2017; Mehta et al., 2015)

2.2 การอักเสบและการติดเชื้อทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome [SIRS]) เป็นภาวะที่ร่างกายเกิดการอักเสบ ส่งผลให้มีการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) ซึ่งสามารถผ่านตัวกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (blood–brain barrier) และเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด (Inouye

et al., 2014; Oh et al., 2017) นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าการอักเสบและการติดเชื้อทั่วร่างกายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดใหญ่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้ถึง 1.51 เท่า (นิศารัตน์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2559)

2.3 ภาวะอิเล็กโตรไลต์ไม่สมดุล สามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทและการควบคุมสมองนำไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Jin et al., 2020) เช่น โซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม มีความสำคัญในการทำงานของเซลล์ประสาท และการทำงานของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโตรไลต์สามารถส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท และการควบคุมการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้

2.4 การขาดออกซิเจนในเลือดส่งผลให้ทำหน้าที่ของระบบประสาทลดลง ทำให้เกิดความบกพร่องของความคิดและความจำ (Inouye et al., 2014; Oh et al., 2017) ดังนั้น ภาวะขาดออกซิเจนในเลือดจึงเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการกระทบต่อกระบวนการต่าง ๆ ในสมอง เช่น การผลิตพลังงาน การอักเสบ oxidative stress และการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ทำให้สมองไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติและเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันตามมา

2.5 ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้ เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและเกิดการอักเสบ ร่างกายจะหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) เช่น อินเตอร์ลิวคิน-1 (IL-1), อินเตอร์ลิวคิน-6 (IL-6) และทูเมอร์เนคโครซิสแฟกเตอร์-แอลฟา (TNF-α) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการอักเสบ โดยเฉพาะในระบบประสาทส่วนกลาง กระบวนการนี้นำไปสู่การอักเสบในสมอง (neuroinflammation) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานและการสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาท อีกทั้งยังเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น กาบา (GABA) และอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Jin et al., 2020) งานวิจัยของพรรณี ไชยวงค์ และคณะ (2558) ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป พบว่าความเจ็บปวดสามารถทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 25 โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่ใช้ในการประเมินทางคลินิก ประกอบด้วยการประเมินอาการ ผิดปกติโดยใช้เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐาน และการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินที่ประเมินอาการผิดปกติและระดับของความผิดปกติ ดังนี้

การประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

เป็นการประเมินโดยการสังเกตอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกาใช้เกณฑ์การวินิจฉัย (American Psychiatric Association, 1994) คือ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) หรือ DSM V มีลักษณะดังนี้ คือ

1. มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ขาดสมาธิหันเหไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นได้ง่าย ความตั้งใจและความสนใจลดลง

2. มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ได้แก่ ความสามารถในการจำลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา ความผิดปกติของการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อม (dementia)

3. ความผิดปติที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นอยู่ช่วงเวลาสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมักมีอาการเป็นๆ หายๆ ในบางช่วงเวลา

4. มีข้อมูลสนับสนุนจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื้องจากโรคทางกายจากการได้รับสารพิษ การใช้ยาหรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน

เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทหลักตามลักษณะการใช้งาน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินเพื่อการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน (Diagnostic Tools) เป็นเครื่องมือที่มีการศึกษาพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการประเมินเพื่อค้นหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองในการวินิจฉัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันตัวอย่างเครื่องมือในกลุ่มนี้ ได้แก่

1.1 แบบประเมินภาวะสับสน (Confusion Assessment Method: CAM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย อิโนเอะ และคณะ (1990) ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในทางคลินิกสำหรับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้วินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว การประเมินครอบคลุมอาการเด่น 4 ด้าน คือ 1) การเริ่มต้นอาการแบบเฉียบพลันและความไม่คงเสถียรของอาการ (acute onset and fluctuating course) โดยตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างเฉียบพลันและอาการเหล่านี้ไม่คงที่หรือไม่ อาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นและแย่ลงสลับกันตลอดทั้งวัน 2) ความสามารถในการให้ความสนใจลดลง (inattention) ประเมินว่าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการให้ความสนใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือไม่ เช่น ไม่สามารถจดจ่อกับการสนทนาหรือคำสั่งได้ 3) ความคิดผิดปกติ (disorganized thinking) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความคิดที่สับสนหรือไม่เป็นระเบียบ พูดตอบคำถามอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่สมเหตุสมผล หรือแสดงความคิดที่ไม่เชื่อมโยงกัน และ 4) การเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัว (altered level of consciousness)

ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น ง่วงนอนมากเกินไป หรือมีความตื่นตัวมากเกินไป ประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างพูดคุยสนทนากับผู้ป่วย การแปลผลภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย CAM จะต้องพบว่าอาการสำคัญตามข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ร่วมกับมีอาการข้อที่ 3 หรือ ข้อที่ 4 อย่างน้อยหนึ่งข้อ จึงสามารถบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

แบบประเมิน CAM algorithm ฉบับภาษาไทยแปลและปรับปรุงโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ (Wongpakaran et al., 2011) นำไปทดสอบความเชื่อถือและความแม่นตรงของเครื่องมือในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 66 ราย ทำการเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยที่ดำเนินการโดยจิตแพทย์ซึ่งใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา กับการวินิจฉัยโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่ามีความไวที่ร้อยละ 91.9 และความจำเพาะร้อยละ 100 พบความสอดคล้องระหว่างการประเมินโดยจิตแพทย์และแพทย์ครอบครัว (interrater agreement, Cohen's Kappa = 0.91 $p < .0001$) และแบบประเมินนี้ยังสามารถใช้แยกผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันออกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชอื่นได้ด้วย (Wongpakaran et al., 2011)

1.2 แบบประเมิน The NEECHAM Confusion Scale (NCS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1996 โดย นีลอน และคณะ เพื่อใช้ในการประเมินทางการพยาบาลเพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะเริ่มแรกและการติดตามประเมินซ้ำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) กระบวนการรับรู้ โดยประเมินความตั้งใจ คำสั่ง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล 2) พฤติกรรม โดยประเมินลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ และคำพูด และ 3) การควบคุมด้านร่างกายโดยประเมินความคงที่ในการทำหน้าที่ของสัญญาณชีพ ความสม่ำเสมอของค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และการควบคุมการกลั้นปัสสาวะ แต่ละข้อจะแบ่งเป็นข้อย่อยทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ คะแนน 0-19 มีภาวะสับสนระดับปานกลางถึงรุนแรง คะแนน 20-24 มีภาวะสับสนเล็กน้อยหรือเริ่มมีอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน คะแนน 25-26 ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คะแนน 27-30 ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหรือมีการทำหน้าที่ปกติ โดยวิธีประเมินเป็นการสังเกต สัมภาษณ์ และบันทึกทางการพยาบาล ใช้เวลาประเมิน 5 – 10 นาที แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีความไวร้อยละ 89.7 และความจำเพาะร้อยละ 69.6 (จินตนา สินธุสุวรรณ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553)

1.3 แบบประเมิน Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) เป็นเครื่องที่พัฒนาโดย Gaudreau และคณะ (2005) ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ประเมิน 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) การสับสนของความคิด (disorientation) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความสับสนในเรื่องของเวลา

สถานที่ หรือบุคคลหรือไม่ 2) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (inappropriate behavior) ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสมต่อสถานการณ์หรือไม่ 3) การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (inappropriate communication) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น การพูดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องหรือใช้คำที่ไม่ถูกต้อง 4) ภาพหลอน (hallucinations) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีอาการเห็นหรือได้ยินสิ่งที่ไม่มีอยู่จริงหรือไม่ และ 5) ความไม่สงบทางจิตใจ (psychomotor retardation or agitation) โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการเคลื่อนไหว เช่น อาการกระวนกระวาย หรือการเคลื่อนไหวที่ช้าลงอย่างผิดปกติโดย การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบตั้งแต่ 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 2 (มีอาการชัดเจน) คะแนนรวมที่สูงขึ้นจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสนเฉียบพลัน และควรได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 146 ราย พบว่าเครื่องมือมีความไวที่ร้อยละ 85.7 และความจำเพาะที่ร้อยละ 86.8 (Gaudreau et al., 2005) ส่วนประเทศไทยได้มีการแปลและดัดแปลงเครื่องมือโดย Somnuke และคณะในปี ค.ศ. 2022 โดยแปลเป็นภาษาไทย (Nu-DESC-Thai) ทำการตรวจสอบความถูกต้อง และเปรียบเทียบความแม่นยำของเครื่องมือกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของโรคจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) และได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้มีความไวที่ร้อยละ 85 โดยที่ยังคงมีความจำเพาะร้อยละ 90.8 (Somnuke et al., 2022)

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน (severity assessment tools) มีบทบาทสำคัญในการช่วยตรวจสอบระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วย โดยเครื่องมือนี้สามารถใช้ในการติดตามพัฒนาการของอาการและช่วยในการวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีตัวอย่างเครื่องมือในกลุ่มนี้ ได้แก่

2.1 แบบประเมิน Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) พัฒนาโดย Trzepacz และคณะในปี ค.ศ. 1999 จากเครื่องมือ Delirium Rating Scale (DRS) โดย DRS-R-98 มีความแม่นยำในการประเมินและการตรวจจับอาการภาวะสับสนเฉียบพลันที่ซับซ้อนมากขึ้นของ ประกอบด้วย 16 รายการ ครอบคลุมทั้งอาการทางจิตเวชและอาการทางระบบประสาท แบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความรุนแรงของอาการ (severity of symptoms) มี 13 รายการ เน้นการประเมินความรุนแรงของอาการต่าง ๆ เช่น การรับรู้ การสื่อสาร ความคิดเชิงนามธรรม การรับรู้ของบุคคลและสถานที่ พฤติกรรม อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงในวงจรการนอนหลับและตื่น และ 2) การประเมินสถานะทางคลินิก (overall clinical status) มี 3 รายการ ประเมินสภาวะทั่วไปของผู้ป่วย ระยะเวลามีอาการสับสนเฉียบพลัน ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของความผิดปกติในพฤติกรรม คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 46 คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ถึงความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันที่มากขึ้น และการประเมินด้วย DRS-R-98 มักใช้ร่วมกับการสังเกตการณ์ในคลินิกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและแม่นยำที่สุด จากการวิจัยและการใช้งานในคลินิก

พบว่า DRS-R-98 มีความไวที่ร้อยละ 99 – 100 และความจำเพาะที่ร้อยละ 85 – 100 (Trzepacz et al., 2001) DRS-R-98 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในคลินิก และสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 แบบประเมิน The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) โดย สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค และคณะ (2543) แปลมาจาก Delirium Rating Scale (DRS) (Trzepacz, 1999) เป็นแบบวัดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย 10 ข้อ และต่อมาได้มีการปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและภาษาไทย ลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือเพียง 6 ข้อ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างแม่นยำมากขึ้น การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 85 ราย พบว่าพบจุดตัดที่ 9/10 ซึ่งเป็นจุดตัดสูงที่สุดของ ROC curve ซึ่ง ณ จุดตัดนี้ให้ค่าความไวถึงร้อยละ 97.5 และค่าความจำเพาะร้อยละ 97.8 (สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค และคณะ, 2544) ทำให้เกิดความสอดคล้องภายในที่สูงขึ้น ในการวิจัยและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในประเทศไทยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถช่วยให้เกิดการวินิจฉัยและการจัดการที่ถูกต้องแม่นยำซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) ที่แปลโดย Wongpakaran et al., 2011 เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะสูงในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบประเมินนี้สามารถแยกผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันออกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชอื่นๆ ได้ดี ใช้ระยะเวลาในการประเมินเพียง 5-10 นาที และบุคลากรที่ไม่ใช่จิตแพทย์สามารถทำการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างเทียบเท่ากับการประเมินโดยจิตแพทย์

การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะประสบกับภาวะดังกล่าว ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การให้ความสำคัญกับการป้องกันและจัดการอย่างเหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและความจำเป็นในการใช้ยารักษา นอกจากนี้ ยังสามารถลดอัตราการเกิดและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดวงรัตน์ กวีนันทชัย และคณะ, 2563)

การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการฟื้นตัว ภาวะนี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การเพิ่มระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาล และการเสื่อมสภาพของสมองในระยะยาว(Marcantonio, 2017) ดังนั้น การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญโดยมีวิธีการป้องกัน ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

1.1 การประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญเพื่อระบุผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ความเสี่ยงนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประวัติการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน ความผิดปกติทางสมองในอดีต การใช้ยาและปัจจัยด้านสุขภาพอื่นๆ (Inouye et al., 2014) การใช้เครื่องมือประเมิน เช่น Mini-Mental State Examination (MMSE) หรือ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) สามารถช่วยในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Jin et al., 2020) การประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ความเสี่ยงนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการที่รวมถึงประวัติการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน ความผิดปกติทางสมองในอดีต การใช้ยาบางชนิด รวมถึงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียดสามารถนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยการเตรียมการในส่วนนี้อาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนการใช้ยา การจัดการสภาพแวดล้อมในการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการเตรียมแผนการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดที่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

การประเมินความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดในประเทศไทยที่มีการพัฒนาแนวทางการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนผ่าตัดเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดย เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และคณะ (2563) ได้พัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดซึ่งมี 9 ปัจจัย คือ

1) อายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด เนื่องจากการทำงานของสมองและระบบประสาทที่เสื่อมสภาพตามวัย การเสื่อมสภาพนี้อาจทำให้การตอบสนองต่อความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมเป็นไปได้ยากขึ้น (Inouye et al., 2014)

2) ประวัติการติดสุรา การมีประวัติการติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาวสามารถทำให้เกิดความผิดปกติทางการรับรู้และการคิด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Fong et al., 2009)

3) ความผิดปกติของเชาว์ปัญญา การคิดและการรับรู้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเชาว์ปัญญาหรือภาวะทางปัญญาอื่น ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์หรือความผิดปกติทางการรับรู้ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (Sprung et al., 2017)

4) ภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้การตอบสนองต่อความเครียดและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัดยากขึ้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (นิศารัตน์ เอี่ยมรอด และคณะ, 2559; O'Sullivan et al., 2014)

5) ประวัติการใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergics และ Benzodiazepines การใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergics และ Benzodiazepines เป็นที่รู้จักว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากยาดังกล่าวสามารถมีผลกระทบต่อการทำงานของสมองและการรับรู้ (Grossi et al., 2019)

6) ระดับโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดไม่สมดุล สามารถทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของสมอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Wang et al., 2016)

7) ระดับฮีโมโกลบิลและฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ สามารถทำให้การส่งออกซิเจนไปยังสมองไม่เพียงพอซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (กนกกาญจน์ กองพิธี และคณะ, 2563)

8) ภาวะทุพโภชนาการ หรือการขาดสารอาหาร สามารถทำให้สมองขาดสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการทำงานปกติ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Piccirillo et al., 2023)

9) การรับประทานยา ≥ 5 ชนิด การใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) การรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) โดยเฉพาะเมื่อใช้ยา 5 ชนิดขึ้นไป สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากปฏิกิริยาระหว่างยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Kurisu et al., 2020)

จากการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งทำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุ ≥ 65 ปีขึ้นไป

200 คน เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หัวใจและทรวงอก และออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเครื่องมือมีความไวที่ร้อยละ 81.50 และความจำเพาะที่ร้อยละ 39.30 (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และคณะ, 2563)

1.2 การเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดมีความสำคัญในการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Inouye et al., 2014) การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด รวมถึงการสร้างความมั่นใจในทีมแพทย์และการดูแลที่ดี จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมาก นอกจากนี้ การปรับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความสงบสุข ลดสิ่งรบกวน เช่น แสงสว่างที่มากเกินไป หรือเสียงรบกวน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัยมากขึ้น (Fong et al., 2009)

1.3 การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสังเกตและจัดการอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังการผ่าตัด การให้ข้อมูลและการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการเริ่มแรกของภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น ความสับสนทางจิต, การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว, หรือการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแจ้งให้ทีมแพทย์ทราบได้ทันทีและสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Fong et al., 2009) นอกจากนี้ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบ, การสนับสนุนด้านจิตใจ, การให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ, และการลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแลในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ (Marcantonio, 2017) การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะยาว การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิผล

1.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักฟื้นและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งจำเป็นในขั้นตอนก่อนผ่าตัด ควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การให้แสงสว่างที่เพียงพอและเป็นธรรมชาติในห้องพักผู้ป่วย เนื่องจากแสงสว่างมีบทบาทสำคัญในการรักษาจังหวะการนอนหลับ-ตื่นของผู้ป่วย (day-night rhythm) ซึ่งมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของภาวะสับสน (Inouye et al., 2014) นอกจากนี้ ควรลดเสียงรบกวนและสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ใน

ห้องพักผู้ป่วย เช่น การปิดทีวีหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งเสียงดังเกินไป และการให้ความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น แว่นตา หรือเครื่องช่วยฟัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย

กล่าวสรุป การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้องอาศัยการประเมินความเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพจิต การจัดการสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการรักษา

2. ระยะผ่าตัด

2.1 ประเมินและติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง (monitoring vital signs) การควบคุมและติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองระหว่างการผ่าตัด ความดันโลหิตที่ต่ำเกินไปอาจส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนที่สมอง (cerebral hypoperfusion) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ หากค่าความดัน Systolic Blood Pressure (SBP) ลดลงมากกว่า 30% จากค่าปกติ หรืออยู่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ควรดำเนินการเพิ่มปริมาณสารน้ำหรือเลือดทดแทนเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะขาดเลือดที่สมอง (Scott & APSF Hemodynamic Instability Writing Group, 2024) การสูญเสียเลือดอย่างมากในระหว่างการผ่าตัดอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะความดันโลหิตต่ำที่ส่งผลต่อสมอง ดังนั้น การประเมินการสูญเสียเลือดและการให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนจึงมีความสำคัญยิ่งในการป้องกันภาวะนี้

2.2 การติดตามระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation Monitoring) ระดับออกซิเจนในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สมองทำงานได้อย่างปกติ การขาดออกซิเจน (hypoxia) ส่งผลให้สมองทำงานผิดปกติและเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลัน การติดตามค่าระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ค่าเฉลี่ยของระดับออกซิเจนในเลือดควรอยู่ร้อยละ 97 (Scheeren et all., 2018) เพื่อให้มั่นใจว่าสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ หากระดับออกซิเจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรให้ออกซิเจนเพิ่มเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนในสมองซึ่งการขาดออกซิเจนอาจเป็นสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

2.3 การติดตามปริมาณสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (fluid and electrolyte monitoring) ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาการทำงานของระบบประสาทโดยเฉพาะระดับโซเดียมและโพแทสเซียมที่มีผลต่อการทำงานของสมอง การเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์

อาจทำให้สมองทำงานผิดปกติและเป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลัน การควบคุมระดับอิเล็กโทรไลต์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Marcantonio, 2017)

2.4 การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำเกินไป (hypoglycemia) หรือสูงเกินไป (hyperglycemia) อาจทำให้การทำงานของสมองผิดปกติและกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดควรอยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้การทำงานของสมองเป็นปกติ (Witlox et al., 2019)

กล่าวสรุป การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องในระหว่างการผ่าตัดมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ การควบคุมความดันโลหิต ระดับออกซิเจน และสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์สามารถจัดการกับภาวะผิดปกติได้ทันเวลา ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสน และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

3. ระยะหลังผ่าตัด

3.1 การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินความปวดในผู้สูงอายุควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น Numeric Rating Scale (NRS) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการประเมินความปวด คะแนนเต็มคือ 10 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 จะถือว่าความปวดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ หากคะแนนความปวดสูงกว่านี้ควรพิจารณาการให้ยาเพื่อจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มbenzodiazepines และopioid เนื่องจากยาเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ การใช้ยาทางเลือก เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs เป็นวิธีที่แนะนำแทน (พรนภา นาคโนนหัน, 2561) นอกจากนี้การให้ acetaminophen ในขนาด 1,000 mg ทุก 8 ชั่วโมง (Hebert, 2018) ซึ่งเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

3.2 การเฝ้าระวังภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ไม่สมดุลในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันเนื่องจากการขาดน้ำและอิเล็กโตรไลต์เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าว การดูแลผู้สูงอายุจึงควรครอบคลุมทั้งการจัดการอาหารและการให้สารน้ำในปริมาณที่เพียงพอ (Inouye et al., 2014) ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอน Step Diet พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มจากการจิบน้ำบ่อย ๆ และเพิ่มปริมาณการดื่มน้ำและอาหารอย่างค่อยเป็นค่อยไปเมื่อผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารได้ พยาบาลควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณน้ำและอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Hshieh et al., 2015) สำหรับผู้สูงอายุที่ยังต้องงดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) การจัดการสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ควรทำผ่านการให้สาร

น้ำทางหลอดเลือดดำอย่างสมดุล เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดน้ำและอิเล็กโตรไลต์ไม่สมดุล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลต้องติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะระดับโซเดียม (135-145 mEq/L) และโพแทสเซียม (3.5-5.1 mEq/L) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ (Kotekar et al., 2018)

3.3 การดูแลสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนทางจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ เช่น การใช้แสงจ้าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น และสนับสนุนให้มีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและอาจช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังฝ่าตัดในผู้ป่วยได้ (ศิริมาศ โพธาราเจริญ และคณะ, 2561) การลดเสียงรบกวนและในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหลับ การให้ยาช่วยนอนหลับหรือยาที่มีฤทธิ์ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ยาในกลุ่ม sedation หรือ hypnotics อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นยาที่แนะนำได้แก่ dexmedetomidine hydrochloride ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดการผ่อนคลายและนอนหลับในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับหลังการผ่าตัด (Janssen et al., 2019)

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และจำเป็นต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เนื่องจากสาเหตุของภาวะนี้มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การขจัดหรือควบคุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ซึ่งรวมถึงทั้งการจัดการด้วยการไม่ใช้ยาและการใช้ยา (Cole et all., 2006) เพื่อป้องกันและรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นการจัดการภาวะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนี้

1. การจัดการภาวะสับสนโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การดูแลแบบองค์รวม และการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลแบบไม่ใช้ยามีผลดีต่อการลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด (Marcantonio, 2017)

1.1 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Environmental Interventions) เป็นการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยเป็นวิธีที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างง่ายดาย โดยเน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและเงียบสงบ ซึ่งช่วยส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

และลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้

1.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะในเวลากลางวัน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ส่งผลดีต่อการเกิดการนอนหลับลึกในตอนกลางคืนของผู้สูงอายุ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับสภาพแสงสว่างสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการนอนหลับที่บกพร่องในผู้สูงอายุ (Wakamura & Tokura, 2001)

1.1.2 การจัดบุคลากรพยาบาลคนเดิมเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับผู้ดูแล ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลสามารถติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถตรวจพบอาการผิดปกติได้รวดเร็วและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล (Meagher et al., 1996)

1.1.3 การจัดให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือสิ่งของที่ใช้ประจำ เช่น การวางรูปสมาชิกในครอบครัว หมอนที่เคยใช้อยู่ที่บ้าน หรือวิทยุที่เคยฟัง เป็นต้น ในห้องของผู้ป่วย การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยช่วยลดความรู้สึกไม่คุ้นเคยและความเครียด ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (O'Mahony et al., 2011)

1.1.4 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบและลดสิ่งรบกวน เช่น เสียงดัง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต งานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับไม่เพียงพอและการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนั้น การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะนี้ (O'Mahony et al., 2011)

1.2 การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Interventions) ในการพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและความสบายใจให้กับผู้ป่วยสูงอายุ โดยเน้นการลดความรู้สึกถูกคุกคาม รวมถึงการค้นหาและแก้ไขปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกลัวหรือความกังวล การใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยลดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเหมาะสมแก่ญาติของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติ ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรง การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์จึงควรครอบคลุมถึงการสนับสนุนทั้งในส่วนของผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยลดความกังวลและเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนี้

1.2.1 การใช้การย้ำเตือนการรับรู้ความเป็นปัจจุบัน (re-orientation) อย่างสม่ำเสมอ เช่น การจัดให้มีนาฬิกาในห้องผู้ป่วย การบอกวัน เวลา และสถานที่ปัจจุบัน รวมถึงการเรียกชื่อผู้ป่วย สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ การศึกษาวิจัยพบว่าการ

ดำเนินการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ และจัดการกับสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น (Zhang et al., 2017; Florou et al., 2017)

1.2.2 การให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ญาติ การให้ข้อมูล ความมั่นใจ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของญาติในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การให้ความรู้ช่วยให้ญาติเข้าใจอาการของผู้ป่วยที่อาจไม่สามารถจำคนในครอบครัวได้หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติ การอธิบายว่าอาการเหล่านี้เป็นภาวะชั่วคราว และจะค่อยๆ ดีขึ้นหลังการรักษา จะช่วยสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Centeno et al., 2004)

1.3 การจัดการทางด้านร่างกาย การพยาบาลที่เน้นการจัดการปัจจัยทางร่างกายที่ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มุ่งเน้นไปที่การลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ เช่น การใช้เครื่องช่วยมองเห็นหรืออุปกรณ์ช่วยการได้ยิน การจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ภาวะขาดน้ำ ท้องผูก การติดเชื้อ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ภาวะพร่องออกซิเจน และการเคลื่อนไหวที่ไม่เพียงพอ การค้นหาและแก้ไขปัจจัยเหล่านี้อย่างรวดเร็วช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์, 2564)

2. การจัดการภาวะสับสนโดยใช้ยา (pharmacological intervention) การใช้ยาสำหรับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) มักจะถูกพิจารณาเมื่อการใช้วิธีการที่ไม่ใช้ยาไม่ประสบผลสำเร็จ หรือเมื่อภาวะสับสนมีความรุนแรงมากจนส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การดื้อการรักษา หรือการสร้างความเดือดร้อนให้กับตนเองและผู้อื่น (Inouye et al., 2014)

2.1 ยากลุ่ม antipsychotics ยาในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มหลักที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะสับสนโดยเฉพาะยาที่เป็นกลุ่ม first-generation เช่น haloperidol ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดความกระวนกระวายและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะสับสน (APA, 2013) ควรเริ่มต้นด้วย haloperidol ขนาดเริ่มต้นคือ 0.5 มก. ต่อวัน และสามารถปรับขนาดยาหากอาการไม่ดีขึ้น ข้อดีของ haloperidol คือสามารถให้ได้ทั้งทางรับประทาน ฉีดกล้ามเนื้อ หรือทางหลอดเลือดดำ โดยขนาดสูงสุดที่แนะนำคือ 10 มก. ต่อวัน (Cavallazzi et al, 2012) ยา second-generation เช่น quetiapine และ olanzapine มีประโยชน์เช่นกันและมักจะมีผลข้างเคียงที่รุนแรงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับยากลุ่มแรก (Siddiqi et al., 2016) อย่างไรก็ตามยากลุ่มนี้ควรถูกใช้อย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Hatta et al., 2014)

2.2 ยากลุ่ม benzodiazepines ยากลุ่มนี้ เช่น lorazepam ไม่ถือเป็นยาหลักสำหรับการจัดการภาวะสับสน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการทำให้ภาวะสับสนแย่ลง โดยเฉพาะใน

ผู้ป่วยสูงอายุยากลุ่มนี้อาจมีประโยชน์ในกรณีที่ภาวะสับสนเกิดจากการถอนแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด (Marcantonio, 2017)

2.2 ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors ยากลุ่มนี้ เช่น rivastigmine มักจะถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ซับซ้อนด้วยภาวะสับสนเฉียบพลัน (Ballard et al., 2016) อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการใช้ยากลุ่มนี้ในภาวะสับสนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมยังคงไม่ชัดเจน และยังจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้

การใช้ยาสำหรับจัดการภาวะสับสนควรมีการพิจารณาอย่างละเอียดถึงประโยชน์และความเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากยา เช่น ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การเกิดปัญหาทางการเคลื่อนไหว และการเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (American Geriatrics Society, 2015) ดังนั้นการให้ยาควรทำในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และควรติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

กล่าวสรุป การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจำเป็นต้องอาศัยการประเมินและการจัดการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการใช้ยา สภาพจิตใจ สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลที่ดีในด้านเหล่านี้สามารถช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยง และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน นั้นเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของระบบประสาท ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ การจดจำ และพฤติกรรม การจัดการภาวะนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการจัดการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องใช้หลักการดูแลที่ครอบคลุมหลายมิติ เพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การประเมินสภาพและติดตามอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำเป็นต้องเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพทางกายภาพ จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยอย่าง

ละเอียด โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) เพื่อวินิจฉัยและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและความรู้สึก โดยพยาบาลควรประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกช่วงเวลาที่ให้การดูแล เช่น ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการได้ทันท่วงที (Inouye et al., 2014)

2. การจัดการปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การลดปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องตรวจสอบและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะสับสน เช่น การขาดน้ำ การขาดอาหาร การใช้ยาเกินความจำเป็น หรือการขาดการนอนหลับ นอกจากนี้ ควรปรับสภาพแวดล้อมให้อบอุ่นและปลอดภัย เช่น การจัดพื้นที่ให้มีแสงสว่างพอเหมาะ การลดเสียงรบกวน และการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและไม่สับสน (Marcantonio, 2017)

3. การให้การสนับสนุนทางจิตใจและการสื่อสารที่ชัดเจน พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและความเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และมีความเชื่อมั่นในการรักษา ควรสื่อสารอย่างชัดเจนด้วยน้ำเสียงที่สงบและสุภาพ การพูดคุยสั้น ๆ แต่ชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ควรใช้วิธีการสื่อสารที่เป็นมิตร เช่น การสัมผัสเบา ๆ หรือการตั้งชื่อเรียกผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและลดความวิตกกังวล (Hshieh et al., 2015)

4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยพยาบาลควรให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วย หรือการช่วยเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและมีความรู้สึกอบอุ่นมากขึ้น (Inouye et al., 1999)

5. การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมที่เหมาะสมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมเบา ๆ ตามความเหมาะสม เช่น การเดิน การทำกายภาพบำบัด หรือการใช้ท่าทางที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของร่างกาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะนี้ (Siddiqi et al., 2016)

6. การจัดการยาที่ปลอดภัย การจัดการยาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากการใช้ยาบางชนิดอาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการได้ พยาบาลควรตรวจสอบการใช้ยาอย่างระมัดระวัง เพื่อลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และคอยติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Marcantonio, 2017)

7. การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการจัดการยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการความเจ็บปวดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (Inouye et al., 2014)

กล่าวสรุป หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องอาศัยการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านกายภาพและจิตใจ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ติดตาม และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง การปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การสื่อสารที่ชัดเจน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงการจัดการยาที่เหมาะสม ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมและให้ความสำคัญกับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องเป็นความท้าทายที่สำคัญ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง เช่น การติดเชื้อ การมีปัญหาทางระบบการหายใจ หรือระบบหัวใจที่อาจทำให้เกิดความซับซ้อนในกระบวนการฟื้นตัว การพยาบาลในกลุ่มนี้จำเป็นต้องเน้นการประเมินสภาพที่รอบด้าน การจัดการปัจจัยเสี่ยง และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

1. การประเมินสภาพทางกายภาพและภาวะเฉียบพลัน การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องต้องทำอย่างครอบคลุม โดยการประเมินทางกายภาพมีความสำคัญในการติดตามการทำงานของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบหายใจ หัวใจ และการทำงานของลำไส้ที่อาจถูกกระทบจากการผ่าตัด พยาบาลต้องทำการตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) อย่างสม่ำเสมอ เช่น การวัดอัตราการหายใจ ความดันโลหิต และชีพจร รวมถึงการตรวจสอบการทำงานของระบบอวัยวะ เช่น การตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะการทำงานของไต (Finlayson & Birkmeyer, 2003)

2. การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด หลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (surgical site infection), ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia), ภาวะการอุดตันของหลอดเลือดดำ (deep vein thrombosis, DVT) หรือการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน พยาบาลควรใช้แนวทางการป้องกัน เช่น การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด (prophylactic antibiotics), การทำกายภาพบำบัดเพื่อ

ส่งเสริมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และการประเมินและจัดการแผลผ่าตัดอย่างเหมาะสม (Halpin et al., 2017)

3. การควบคุมความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวดเป็นส่วนสำคัญของการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง เนื่องจากความเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เพียงพอ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดอักเสบหรือภาวะลิ่มเลือด พยาบาลควรใช้เทคนิคการจัดการความเจ็บปวดที่หลากหลาย รวมถึงการใช้ยาแก้ปวดตามแนวทางการรักษา และการใช้เทคนิคไม่ใช้ยา เช่น การผ่อนคลายหรือการประคบร้อนเย็น (Schug et al., 2015)

4. การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสมรรถภาพและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเป็นสิ่งสำคัญในการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและส่งเสริมการฟื้นฟูที่เร็วขึ้น พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกขึ้นจากเตียงและเริ่มเคลื่อนไหวเบา ๆ โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวช่วยป้องกันภาวะท้องผูก, การอุดตันของหลอดเลือดดำ, และการติดเชื้อในปอด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Foss & Kehlet, 2006)

5. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (postoperative delirium) มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเน้นการประเมินและการจัดการภาวะสับสน พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงและใช้เครื่องมือประเมิน เช่น Confusion Assessment Method (CAM) เพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะนี้ พยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมที่สงบเงียบและลดปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดความสับสน เช่น การลดการใช้ยาเกินความจำเป็น และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Siddiqi et al., 2016)

กล่าวสรุป การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเฉียบพลันหลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจำเป็นต้องใช้แนวทางการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเน้นการประเมินสภาพทางกายภาพอย่างละเอียด การจัดการภาวะแทรกซ้อน การควบคุมความเจ็บปวด การส่งเสริมการฟื้นฟูและการเคลื่อนไหว รวมถึงการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน การดูแลที่ครอบคลุมนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โปรแกรมการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด

ประเภทโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ดังนี้

สวลี ลือนภา และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยา ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมี ดังนี้ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ และการจัดการด้านร่างกาย ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .028) และสามารถลดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจจากเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .041) (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565)

สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ (2558) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยศึกษาผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธร์ปิดิกส์ แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 156 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (clinical nursing practice guideline) จำนวน 156 ราย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในวันที่ 3 และ 7 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรับรู้ (TMSE ≤ 23 คะแนน) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในวันที่ 3 กลุ่มทดลองยังมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (TDRS > 10 คะแนน) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ, 2558)

การศึกษาของ แวง และคณะ (2020) ศึกษาผลของโปรแกรม Hospital Elder Life Program ที่ปรับตามความต้องการและมีการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program, t-HELP) ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการผ่าตัด (การผ่าตัดกระเพาะอาหาร, ลำไส้ใหญ่, ตับอ่อน, ท่อน้ำดี, ช่องอกและต่อมไทรอยด์) จากการทดลองที่มีผู้ป่วย 281 คน ที่ได้รับการสุ่มแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม t-HELP จำนวน 152 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 129 คน พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดเกิดขึ้นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 ในกลุ่มที่ได้รับ t-HELP และพบภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ในกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 86 โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ 0.14 (95% CI, 0.05-0.38) ซึ่งหมายความว่าโปรแกรม t-HELP มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของภาวะสับสนหลังการผ่าตัดได้ (Wang et al., 2020)

การศึกษาของเชน และคณะ (2017) ศึกษาผลของโปรแกรม Hospital Elder Life Program ที่ดัดแปลงสำหรับภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาในการเข้าพักในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดช่องท้อง (modified Hospital Elder Life Program, mHELP) จากการวิจัยมีผู้เข้าร่วม 377 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปแกรม mHELP จำนวน 196 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 180 คน ซึ่งมีกิจกรรมในโปรแกรม ดังนี้ 1) การกระตุ้นการรับรู้ การสื่อสาร วัน เวลา สถานที่ 2) การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และ 3) การส่งเสริมการเคลื่อนไหวโดยเร็ว early mobilization ผลการศึกษาพบว่ามีการเกิดภาวะสับสนหลังการผ่าตัดจำนวน 13 คน จาก 196 คน คิดเป็นร้อยละ 6.6 ในกลุ่ม mHELP เมื่อเปรียบเทียบกับ 27 คน จาก 179 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 มีความค่าเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ 0.44 ในกลุ่ม mHELP (95% CI, 0.23–0.83; p = .008) กล่าวคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 56 และผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่ามัธยฐานระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) สั้นกว่ากลุ่มควบคุม (12.0 วัน เมื่อเทียบกับ 14.0 วัน, p = .04) (Chen et al., 2017)

การศึกษาของ ดีเคน และคณะ (2021) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าเป็นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่นัดมาทำการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมช่องท้อง และการผ่าตัดหัวใจหัวใจ จำนวน 1,470 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 730 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 740 คน ได้รับโปรแกรมดังนี้ คือ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันให้กับผู้ดูแล 2) ผู้ดูแลประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน และ 3) ได้รับการป้องกันและปรับให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมโปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ 13 (OR 0.87; 95% CI 0.77-0.98; p = .02) และลดร้อยละของวันที่มีภาวะสับสน (กลุ่มทดลองร้อยละ 5.3; กลุ่มควบคุมร้อยละ 6.9; p = .03) ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดออร์โธปิดิกส์หรือผ่าตัดช่องท้องสูงถึงร้อยละ 41 (OR 0.59; 95% CI 0.35-0.99; p = .047) แต่ไม่พบว่าได้ผลในการลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ (OR 1.18; 95% CI 0.70-1.99; p = .54) (Deeken et al.,2021)

กิจกรรมในโปรแกรม

การทบทวนวรรณพบว่าวิธีการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งส่วนใหญ่จะจัดกระทำให้รูปแบบของโปรแกรมสามารถเป็นกิจกรรมได้ดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดูแลและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดย ดีเคน และคณะ (2021) รายงานว่าการให้ข้อมูลและการอภิปรายเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด วิธีการสื่อสารที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการอย่างเหมาะสม การให้ข้อมูลควรครอบคลุมทั้งความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน อาการที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการป้องกันหลังจากผ่าตัดควรมีการเน้นที่ความสำคัญของการรับรู้สัญญาณและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการสับสน เป็นต้น การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและการดูแลตัวหลังการผ่าตัดก็เป็นสิ่งที่สำคัญในการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Deeken et al.,2021) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยมีโอกาสสอบถามและแสดงความกังวลตั้งแต่แรกรับ เป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการให้ข้อมูลและการอภิปรายถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังจากผ่าตัด และการเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจในการดูแลรักษาของทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565; สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ, 2558; Wang et al., 2019)

2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสำคัญอย่างมากในการระบุและการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อประเมินความเสี่ยงและอาการเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ป่วยมี ดังนี้ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือนี้ช่วยในการตรวจสอบสภาพจิตใจของผู้ป่วยและจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยง 2) แบบประเมินความปวด การใช้แบบประเมินนี้ช่วยในการประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งความเจ็บปวดอาจเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือนี้ช่วยในการตรวจสอบและจัดการกับอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม 3) แบบประเมินการสับสนทาง cognition impairment เครื่องมือนี้ช่วยในการตรวจสอบสภาพสมองและความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการสับสนทาง cognition impairment เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือนี้ช่วยในการระบุและการจัดการกับสภาพนี้ได้อย่างเหมาะสม 4) การสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย การสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาและคุณภาพของการนอนหลับช่วยในการประเมินความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากการนอนที่ไม่เพียงพอหรือไม่มีคุณภาพอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย การสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับช่วยให้เข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงนี้ ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ป่วยในแต่ละวันมีความสำคัญสำหรับการระบุ

และการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565; สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ, 2558; Chen et al., 2019; Deeken et al., 2021; Wang et al., 2019)

3. การป้องกันและปรับให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวและการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น ชื่อ วันที่ เวลา และสถานที่ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลและการติดตามเมื่อให้การพยาบาล การกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถทำได้โดยการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น การช่วยเหลือในการยืนหรือเดิน หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยมีความสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟู การใช้การสื่อสาร การใช้ภาษาที่เหมาะสม หรือการให้ข้อมูลและคำแนะนำอย่างชัดเจน การกระตุ้นการรับรู้ของประสาทสัมผัส เช่น การกระตุ้นการมองเห็น การกระตุ้นการได้ยินผ่านการสื่อสารและการให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นสัมผัสและการรับรู้ต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดังนั้น การป้องกันและปรับให้เหมาะกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565; สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ, 2558; Deeken et al., 2021; Chen et al., 2019; Wang et al., 2019)

4. การส่งเสริมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการมีความสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพที่ให้กับผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัด ผลการวิจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้การศึกษาของ ดีเคน และคณะ (2021) ได้ชี้ช่องทางสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดผ่านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการบำรุงสารอาหารที่เพียงพอ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและลดความเสี่ยงต่อภาวะสับสนที่อาจเกิดขึ้น (Deeken et al.,2021) การศึกษาของ เชน และคณะ (2019) ระบุว่าการประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่แรกรับเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้การรักษาและการดูแลหลังการผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการตรวจสอบภาวะโภชนาการตั้งแต่แรกรับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้น้ำเพียงพอเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือหลังจากการจำหน่าย (Chen et al., 2019)

5. การผ่อนคลายความเครียดและการส่งเสริมการนอนหลับเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยการนำเสนอเครื่องมือและแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจและร่างกายที่ดีและลดความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในระหว่างการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ (สวลี ลือนภา และคณะ, 2565; Deeken et al., 2021)

6. การมีสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดจากการทบทวนงานวิจัยของ สวลี ลือนภา และคณะ (2565); และสุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ (2558); Wang & et al., (2019) ได้เน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเสนอแนวทางต่าง ๆ ดังนี้ การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันอย่างเพียงพอ เช่น การช่วยเหลือในการอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม หรือการดูแลสุขภาพทั่วไปเปิดโอกาสให้ญาติพูดคุยกับผู้ป่วย การสนับสนุนให้มีการสนทนาและการสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความสบายใจและความเข้าใจในสถานการณ์ การกระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำกิจวัตรประจำวันเป็นระเบียบ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีความมั่นคงในชีวิตประจำวัน (สวลี ลือนภา และคณะ (2565); และสุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ (2558); Wang & et al., (2019)

กล่าวสรุปได้ว่า การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้องประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดการโภชนาการ การลดความเครียด การส่งเสริมการนอนหลับ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 5 เรื่องเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด พบว่าระยะเวลาดำเนินการของโปรแกรมต่างๆ ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมเหล่านี้มักเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงช่วงฟื้นฟูหลังการผ่าตัดโดยสรุปได้ ดังนี้

โปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันมักดำเนินการในช่วงการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและอาจขยายออกไปในระยะเวลาการพักฟื้นหลังผ่าตัด การศึกษาของ แวง และคณะ (2020) ระบุว่าโปรแกรม t-HELP ถูกดำเนินการตั้งแต่ช่วงก่อนการผ่าตัดไปจนถึงช่วงหลังการผ่าตัด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสน (Wang et al., 2020) ในขณะที่ เชน และคณะ (2017) รายงานว่าโปรแกรม mHELP เริ่มต้นจากช่วงการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดและดำเนินการตลอดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นการรับรู้ ส่งเสริม

ภาวะโภชนาการ และสนับสนุนการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวได้ (Chen et al., 2017)

การศึกษาของ ดีเคน และคณะ (2021) ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่นัดหมายล่วงหน้าสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่การให้ข้อมูลและการประเมินปัจจัยเสี่ยงในช่วงก่อนผ่าตัดไปจนถึงการติดตามอาการและการดูแลหลังผ่าตัด โดยเน้นการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ผลการศึกษายังชี้ว่าการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนและลดจำนวนวันที่มีภาวะสับสนได้ (Deeken et al., 2021) ในกรณีของสุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ (2558) แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันภาวะสับสนในโรงพยาบาลศิริราชถูกนำมาใช้ระหว่างการพักรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการติดตามผลในช่วงวันที่ 3 และ 7 ของการอยู่โรงพยาบาลซึ่งพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีจำนวนภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญโดยรวมแล้ว (สุวรรณา สกประเสริฐ และคณะ., 2558) โปรแกรมเหล่านี้ออกแบบมาเพื่อให้ครอบคลุมช่วงเวลาการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และหลังการผ่าตัด เพื่อให้การป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีประสิทธิภาพสูงสุด

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องมักใช้วิธีการและเครื่องมือหลากหลายเพื่อวัดประสิทธิผลของโปรแกรม โดยการประเมินผลลัพธ์ที่พบในงานวิจัย ได้แก่

1. การใช้แบบประเมิน CAM (Confusion Assessment Method) แบบประเมิน CAM เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยงานวิจัยของ แวง และคณะ (2019) และดีแคน และคณะ (2021) มีการใช้แบบประเมิน CAM เป็นเครื่องมือหลักในการติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อตรวจหาภาวะสับสนที่อาจเกิดขึ้น โดยทำการประเมินทุกวันในช่วง 7 วันแรกหลังผ่าตัด การประเมินดังกล่าวช่วยให้สามารถตรวจพบและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างทันท่วงที (Deeken et al., 2021; Wang et al., 2019)

2. การประเมินระดับความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้า ความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด เช่น Numeric Rating Scale (NRS) และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เช่น Geriatric Depression Scale (GDS) ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจจับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างทันท่วงทีและดำเนินการจัดการเพื่อลดความเสี่ยง

3. การประเมินภาวะโภชนาการงานวิจัยของ เชน และคณะ (2019) เน้นถึงความสำคัญของการตรวจสอบภาวะโภชนาการของผู้ป่วย โดยการวัดค่าทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับอิเล็กโทรไลต์ และการประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นวิธีที่ช่วยในการติดตามความสมดุลของสารอาหารและป้องกันภาวะขาดน้ำหรือการขาดสารอาหาร ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Chen et al., 2019)

4. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยหลายชิ้น เช่น ของ แวง และคณะ (2019) และดีแคน และคณะ (2021) ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลที่ได้รับ โดยการสอบถามผ่านแบบประเมินความพึงพอใจ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความเห็นและข้อกังวล ช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลและภาวะสับสนเฉียบพลัน (Deeken et al., 2021; Wang et al., 2019)

กล่าวสรุป การดำเนินโปรแกรมและการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องใช้ระยะเวลาครอบคลุมทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด โดยมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ที่ครอบคลุมหลายด้าน เช่น การใช้แบบประเมิน CAM ภาวะซึมเศร้า ความเจ็บปวด และภาวะโภชนาการ ทั้งหมดนี้มีส่วนสำคัญในการวัดประสิทธิภาพของโปรแกรม

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ เป็นการออกแบบและดำเนินการดูแลที่เน้นการใช้พยาบาลเป็นหัวใจหลักในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งมักเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุโดยโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำนี้ไม่พึ่งพาการใช้ยา แต่เน้นการจัดการด้านพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

แนวคิดของ Hospital Elder Life Program (HELP)

แนวคิดของ Hospital Elder Life Program (HELP) เป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง ความสามารถในการฟื้นตัวที่ลดลง และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น HELP ถูกพัฒนาโดย Sharon Inouye จากสถาบันวิจัยการสูงอายุของ Hebrew SeniorLife (Institute for Aging Research - IFAR) ในปี ค.ศ. 1995 ขณะทำงานที่มหาวิทยาลัยเยล (Hebrew SeniorLife, 2022) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันผ่านวิธีการที่ไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions) ซึ่งครอบคลุม 6 ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม 2) การช่วยกระตุ้นสติปัญญา การสนับสนุนการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมที่ท้าทายความคิด 3) การนอนหลับ ส่งเสริมการปรับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการรบกวนการนอน 4) การมองเห็น โดยการจัดหาแว่นตาหรืออุปกรณ์ช่วยอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการมองเห็นที่ชัดเจน 5) การได้ยิน เป็นการให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการได้ยิน เช่น การจัดหาเครื่องช่วยฟังหรือการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสาร และ 6) การให้สารอาหารและของเหลว เป็นการเฝ้าระวังและให้การสนับสนุนด้านโภชนาการและการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ (Inouye et al., 2000)

ผลการศึกษานี้ได้รับการตีพิมพ์ใน New England Journal of Medicine ในปี ค.ศ.1999 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันได้โดยการใช้ HELP และโปรแกรมนี้ได้ถูกเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ และปัจจุบันมีการใช้โปรแกรม HELP ในโรงพยาบาลทั่วโลก เป้าหมายของงานวิจัยนี้คือการฝึกอบรมบุคลากรเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันและวิธีการนำโปรแกรม HELP ไปใช้เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hebrew SeniorLife, 2022)

Hospital Elder Life Program (HELP) เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละบุคคลมีบทบาทในการดำเนินการตามโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากการวิจัยพบว่า HELP ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้และยังช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อีกด้วย (Inouye et al., 2000)

ตาราง 1

ตารางโปรแกรม Hospital Elder Life Program (HELP) แบบดั้งเดิม

แนวปฏิบัติด้าน	คำอธิบาย	เป้าหมาย
Cognitive Orientation	การกระตุ้นความจำและการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การเตือนให้รู้เวลา สถานที่ และสถานการณ์ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ	ลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันและเสริมสร้างการรับรู้
Sleep Enhancement	การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เช่น ลดเสียงและแสง และรักษากิจวัตรการนอนหลับ	ปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับและลดความเสี่ยงจากการตื่นนอนบ่อย ๆ
Early Mobilization	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็วหลังการผ่าตัดหรือในช่วงการรักษา เช่น การเดินหรือการออกกำลังกายที่มีการควบคุม	ป้องกันการเสื่อมสภาพของการทำงานและความไม่เคลื่อนไหว
Vision and Hearing	การจัดการกับปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน เช่น การให้แว่นตาหรือเครื่องช่วยฟังและการใช้เทคนิคการสื่อสารที่ชัดเจน	เพิ่มการสื่อสารและการรับรู้ของผู้ป่วย
Hydration and Nutrition	การดูแลให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหารที่เพียงพอ เช่น การติดตามการดื่มน้ำและการรับประทานอาหาร	ป้องกันภาวะขาดน้ำและภาวะขาดสารอาหาร

ที่มา : Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr, Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, *48*(12), 1697–1706.

แนวคิดหลักของโปรแกรม Hospital Elder Life Program (HELP) โดย Sharon Inouye มาจากทฤษฎีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่อธิบายว่าภาวะนี้สามารถเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ทั้งปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Inouye et al., 1999) โดย HELP เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye et al., 2000) แนวคิดหลักของ HELP มุ่งเน้นที่การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ในผู้สูงอายุระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวทางการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (modifiable risk factors)

ต่อมามีการพัฒนาแนวคิด Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program, t-HELP (Wang et al., 2020) เป็นโปรแกรมที่ปรับปรุงจาก Hospital Elder Life Program (HELP) โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและปรับให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งออกแบบมาเพื่อลดความเสี่ยงและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย t-HELP ได้รับการออกแบบโดยยึดหลักการของการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ทั้งในแง่ของความต้องการทางการแพทย์ ความสามารถในการเคลื่อนไหว สุขภาพจิต การใช้ยา และปัญหาหรือความต้องการอื่น ๆ นอกจากนี้โปรแกรมยังตระหนักถึงความสำคัญของการมีครอบครัวเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความมั่นใจในสภาพแวดล้อมการรักษาที่มีความอบอุ่น ครอบครัวได้รับการคำแนะนำเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยกระตุ้นสมองและการทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความแข็งแรง เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลการนอนหลับ และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อลดภาวะความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

t-HELP ยังส่งเสริมการป้องกันเชิงรุกผ่านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการพักผ่อนและการฟื้นฟูสุขภาพ จัดให้มีการกระตุ้นทางสังคม และสร้างกิจกรรมกระตุ้นจิตใจที่พอเหมาะ นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการของผู้ป่วย ทำให้สามารถระบุอาการผิดปกติได้รวดเร็วมากขึ้น การสื่อสารและสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างทีมแพทย์และครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 2

ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง t-HELP และการพยาบาลตามปกติ

แนวปฏิบัติด้าน	**t-HELP**	**การพยาบาลตามปกติ**
แนวปฏิบัติทั่วไปสำหรับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยง		
Orientation Protocol	สื่อสารข้อมูล เช่น วัน สถานที่ และเวลา กับผู้ป่วย (1-3 ครั้ง/วัน ขึ้นอยู่กับอาการ)	ไม่มี
Therapeutic Activities Protocol	กิจกรรมกระตุ้นสมองตามความสนใจและความสามารถของผู้ป่วย	ไม่มี
Early Mobilization Protocol	- การเดินหรือการออกกำลังกายแบบ Active Range-of-Motion - ลดการใช้เครื่องมือที่จำกัดการเคลื่อนไหว	การให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

แนวปฏิบัติด้าน	t-HELP	การพยาบาลตามปกติ
		ระยะแรก โดยไม่มีแนวทางหรือการดูแลอย่างชัดเจน
แนวปฏิบัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง		
Pain Management Protocol	เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การนวดหลังหรือการนวดมือ	ใช้ยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่ง
Sleep Enhancement Protocol	การปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ลดเสียงและแสง เทคนิคผ่อนคลาย	การดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการนอนหลับ และใช้ยาช่วยนอนหลับในกรณีจำเป็น
Nutrition Assistance/Aspiration Prevention Protocol	- การดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ - การป้องกันการสำลัก	การดูแลช่องปากทั่วไปการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรึกษานักโภชนาการเฉพาะในกรณีที่จำเป็น
Fluid Repletion/Constipation Protocol	- การตรวจพบภาวะขาดน้ำในระยะแรก และส่งเสริมการดื่มน้ำ - การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการใช้ห้องน้ำอย่างเหมาะสม	การบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย
Vision/Hearing Enhancement Protocol	จัดหาอุปกรณ์ช่วย เช่น แว่นตาหรือเครื่องช่วยฟัง และเทคนิคพิเศษในการสื่อสาร	ไม่มี
Hypoxia Improvement Protocol	- การปรับท่านอน เช่น ยกศีรษะเตียงขึ้น 30-45 องศา - การวางแผนการให้ออกซิเจน	มีการจัดการในลักษณะเดียวกัน

แนวปฏิบัติด้าน	t-HELP	การพยาบาลตามปกติ
Catheter Associated UTI (CAUTI) Prevention Protocol	- ตรวจสอบการใช้สายสวนปัสสาวะทุกวันและส่งเสริมการถอดออกเมื่อไม่จำเป็น - ทำความสะอาดบริเวณสายสวนปัสสาวะวันละ 2 ครั้ง	การดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่มีการควบคุมอย่างเข้มงวดเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้งาน
Multiple Medications Management Protocol	ทบทวนประวัติการใช้ยาปัจจุบันและในอดีตในช่วงการเข้ารับการรักษา	ไม่มี

ที่ มา: Wang, Y. Y., Yue, J. R., Xie, D. M., Carter, P., Li, Q. L., Gartaganis, S. L., Chen, J., & Inouye, S. K. (2020). Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, *180*(1), 17–25.

แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลเป็นผู้นำในการจัดการดูแลผู้ป่วย (nurse-led program)

nurse-led program หรือโปรแกรมที่นำโดยพยาบาล เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นให้พยาบาลมีบทบาทหลักในกระบวนการดูแลและการจัดการสุขภาพผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามผล นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น แนวคิดนี้เน้นที่การใช้ความรู้ความสามารถของพยาบาลในการบริหารจัดการกรณีผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (Bodenheimer & Smith, 2013)

โปรแกรม nurse-led มักมุ่งหวังผลลัพธ์เชิงบวก เช่น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อกำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเชิงป้องกัน รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ในระยะยาว (Griffiths et al., 2016)

การดูแลแบบเชิงรุกและป้องกัน nurse-led program มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย เช่น การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการ

ผ่าตัด โดยพยาบาลจะเป็นผู้นำในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เช่น การกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวเร็วหลังการผ่าตัด (early mobilization) และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Griffiths et al., 2016)

ในบริบทของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ โปรแกรมที่นำโดยพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพยาบาลจะใช้มาตรการต่าง ๆ เช่น การสื่อสารที่ชัดเจน การส่งเสริมการเคลื่อนไหว (early mobilization) และการจัดการด้านโภชนาการ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye et al., 2000)

นอกจากนี้ยังมีการบริการที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ (nurse-led clinic) เป็นรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากที่สุด โดยพยาบาลที่ดำเนินงานในคลินิกเหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการดูแล การรักษา ให้คำแนะนำ และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างบูรณาการตามความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2010) การพยาบาลยังเน้นการให้บริการเชิงป้องกัน การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง และการติดตามผลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การจัดการคลินิกประเภทนี้ยังถือเป็นการเสริมสร้างบทบาทและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางและเป็นแนวทางที่ช่วยลดภาระงานของแพทย์และระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ (JBI, 2010)

จากแนวคิดการบริการทางคลินิกที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ (nurse-led clinic) (JBI, 2010) สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม แม้จะไม่ได้เป็นการบริการแบบคลินิกโดยตรงแต่ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมพยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินโปรแกรมเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด การให้คำแนะนำด้านการป้องกันภาวะสับสน เช่น การจัดการการนอนหลับ การเคลื่อนไหว และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ พยาบาลยังมีหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักโภชนาการ เมื่อมีความจำเป็นโดยพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

กล่าวสรุป โปรแกรมที่นำโดยพยาบาล (nurse-led program) เป็นรูปแบบการดูแลที่ให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ และติดตามผลการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการให้คำแนะนำและสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดนี้ส่งเสริมให้พยาบาลใช้ความรู้และทักษะอย่างครอบคลุม มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินโปรแกรมที่นำโดยพยาบาลมีประสิทธิผลในการลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ยังช่วยให้พยาบาลเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีการประเมินอย่างต่อเนื่องและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้ป่วย

สรุป

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นโดยการผสานแนวคิดจากการบริการทางคลินิกที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ (nurse-led clinic) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีจำนวนมากขึ้น (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2010) การบริการทางคลินิกที่มีพยาบาลเป็นผู้นำเป็นคลินิกที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีการจัดการ และดำเนินงานโดยพยาบาลที่มีความสามารถในการประเมิน การรักษา การให้คำแนะนำ หรือการส่งต่อผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่ในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย (JBI, 2010) โดยการนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินโปรแกรมเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังการผ่าตัด การให้คำแนะนำด้านการป้องกันภาวะสับสนรวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือนักโภชนาการ เมื่อมีความจำเป็นโดยพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการประสานการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและการเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

1. การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินครอบคลุมการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยพยาบาลจะตรวจหาปัจจัยเสี่ยง เช่น ภาวะสุขภาพทั่วไป สัญญาณชีพ และภาวะโภชนาการ รวมถึงให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดเพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล

2. การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติจะได้รับข้อมูลและการเตรียมตัวเกี่ยวกับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และวิธีการป้องกัน โดยมีการจัดทำสื่อการสอนผ่าน LINE OA “Delirium Prevent” และวิดีโอคลิปที่ใช้แอนิเมชันและกราฟิก เพื่อช่วยให้เนื้อหาน่าสนใจและเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการสาธิตและให้ญาติฝึกสาธิตการดูแลเพื่อเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

3. การพยาบาลป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง พยาบาลจะประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันทุก 8 ชั่วโมง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การกระตุ้นการรู้คิดและการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การจัดแสงสว่างและลดเสียงรบกวน นอกจากนี้ หากพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จะมีการจัดการอย่างเป็นระบบโดยรายงานแพทย์และดำเนินการจัดการตามความเสี่ยง

4. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามเวลาเยี่ยมของหอผู้ป่วย หรืออนุญาตให้เฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำมีความสำคัญเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพ และผลกระทบของโปรแกรมที่ดำเนินการ ดังนี้ 1) อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และ 3) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว (posttest- only with control group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้การพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานและโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	สิ่งทดลอง	**หลังการทดลอง**
กลุ่มควบคุม		O_1
กลุ่มทดลอง	X	O_2

เมื่อ X คือ โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

O_1 คือ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

O_2 คือ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานและโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ทำการคัดเลือกแบบจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลา (sequential group assignment) จำนวนทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบ exploratory laparotomy ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ที่ไม่ใช่การผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน (elective case)
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิดรู้ โดยประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้ป่วยสูงอายุการศึกษาระดับประถมศึกษามีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน ระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
5. ก่อนผ่าตัดไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว โดยมีคะแนน ADL score ≥ 12
6. ไม่มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น โรคทางจิตเวช เป็นต้น
7. มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมในการดูแลตลอดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และสามารถเข้าถึงและมีทักษะการใช้งานอินเทอร์เน็ตและไลน์แอปพลิเคชันได้

คุณสมบัติในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีการย้ายหอผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด มากกว่า 72 ชั่วโมง หรือย้ายโรงพยาบาล

2. มีความผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น หายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) ภาวะเสียเลือดปริมาณมาก (massive blood loss) ผู้ป่วยเกิดภาวะ shock

3. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ (re-exploratory laparotomy)

4. ระหว่างการผ่าตัดมีการใช้ยา dexmedetomidine hydrochloride เพื่อควบคุมความลำเอียงจากการใช้ยาดังกล่าวที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การวิจัย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการคัดเลือกแบบการจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลา (sequential group assignment) ตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น และมีความคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนผู้วิจัยคัดเลือกให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้านคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดคู่ตัวอย่าง (matched pair) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจับคู่ตามเพศและอายุเป็นเกณฑ์หลัก ทั้งนี้กำหนดให้อายุของคู่ตัวอย่างอยู่ในช่วงเดียวกันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพื่อให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้านลักษณะพื้นฐาน และลดผลกระทบของตัวแปรแทรกซ้อนจากความแตกต่างด้านเพศและอายุในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการศึกษา

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการติดต่อสื่อสารกันในระหว่างกลุ่มและป้องกันการปนเปื้อนในการศึกษา (Polit & Beck, 2021) จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ในระหว่างกระบวนการคัดเลือกและติดตามผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย จึงคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจำนวน 6 ราย และในกลุ่มทดลองจำนวน 8 ราย สาเหตุของการคัดออกเกิดจากปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อความปลอดภัยและความถูกต้องของข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยถูกย้ายไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดเนื่องจากอาการทรุดลง ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ ผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัดนานเกิน 72 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและผลลัพธ์ของการศึกษา

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นโรงพยาลบาระดับตติยภูมิ จำนวน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 จำนวนเตียง 45 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 16 คน 2) หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 จำนวนเตียง 45 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 16 คน และ 3) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวนเตียง 50 เตียง พยาบาลวิชาชีพ 16 คน ให้บริการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยให้บริการด้วยมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และให้การดูแลผู้ป่วยจนอาการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟู จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กำหนดเวลาให้ญาติเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยศัลยกรรม ตามนโยบายของโรงพยาบาล มีการกำหนดเวลาเยี่ยมที่เหมือนกัน คือ 1 ช่วง ในเวลา 12.00 - 20.00 น.

สำหรับทีมแพทย์ศัลยกรรมที่ให้การรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ศัลยกรรม จำนวน 7 คน แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม 3 คน ที่หมุนเวียนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในแต่ละเดือน แพทย์จิตเวช 4 คน ที่รับปรึกษาเมื่อมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาและมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่กำลังศึกษาโดยใช้ของ Wang et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults A Randomized Clinical Trial พบว่าการเกิดของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง (4 ราย จาก 152 ราย, ร้อยละ 2.6) และกลุ่มควบคุม (25 ราย จาก 129 ราย, ร้อยละ 19.4) Relative Risk (RR) เท่ากับ 0.14 (95% CI, 0.05-0.38) แม้ว่าค่า RR ดังกล่าวจะจัดเป็นขนาดอิทธิพลที่ค่อนข้างสูง (large effect size) ซึ่งสะท้อนการลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 86 ผู้วิจัยตระหนักว่าบริบทของงานวิจัยต้นแบบอาจแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ทั้งในด้านลักษณะประชากร ระบบบริการสุขภาพ และรูปแบบของโปรแกรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นค่า effect size ที่อ้างอิงอาจสูงกว่าผลลัพธ์ที่คาดว่าจะพบในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยในบริบทเดียวกันที่รายงานค่าขนาดอิทธิพลดังกล่าวโดยตรง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่า RR จากการศึกษาของ Wang และคณะ (2020) เพื่อให้การศึกษามีอำนาจการทดสอบเพียงพอในการตรวจจับความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ

การทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนด Exact test เลือกใช้การทดสอบ Inequality (offset), two independent groups กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) .05 และค่าอำนาจทดสอบ (1-β) เท่ากับ .80 ซึ่งระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับของอำนาจทดสอบ คือ ร้อยละ 80 (รัตน์ศิริ ทาโต, 2565) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002 หรือ Mini-Mental State Examination)ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยการแปลและดัดแปลงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่พัฒนาโดย โฟลสเตน และคณะ (Folstein et al., 1975) แบบทดสอบนี้ใช้เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา คะแนนที่ได้จากแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน และในกรณีที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน เป็นเครื่องมือมาตรฐานและนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะสมองเสื่อม

2. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) พัฒนาโดย Mahoney และ Barthel ในปี ค.ศ. 1973 แปลเป็นฉบับภาษาไทยและได้พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ประเสริฐ อัสสันตชัย และคณะ, 2557) ใช้ประเมินเพื่อคัดเลือกผู้ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเข้าร่วมวิจัย มีข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การขึ้น/ลงเตียง หรือลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้ได้ 4) การใช้ห้องน้ำสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การแต่งตัวสวมใส่/ถอดเสื้อผ้า

7) การขึ้นลงบันได 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีเกณฑ์

การให้คะแนน คือ

0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

2 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยได้รับความช่วยเหลือ

2 หรือ 3 คะแนนหมายถึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

การแปลผลคะแนน

0 - 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

5 –11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

12 - 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

ผู้ป่วยสูงอายุต้องมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 12 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินนี้ในการประเมินความเสี่ยงเพื่อ ติดตามอาการและจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้

1. แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดของเอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และคณะ (2563) (ดูในภาคผนวก ข) มีข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย

1) อายุ ≥ 65 ปี

2) ประเมินประวัติติดสุราจากการประเมิน ICD-10 มีอาการอย่างน้อย 3 อาการจาก 6 อาการ

3) แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง (Screening test) เพื่อแยกภาวะสมองเสื่อมได้รับการพัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อใหญ่ การให้คะแนนคิดคะแนนในแต่ละข้อย่อย 19 ข้อ รวมคะแนนทั้งสิ้น 19 คะแนน เกณฑ์ในการตัดสินว่าผู้สูงอายุมีสมองเสื่อมคือมีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน หากได้คะแนนต่ำกว่านี้ถือว่ามีความผิดปกติของ Cognitive function

4) ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ

ทินกร วงศ์ปการันย์ (2550) ซึ่งได้ทำการปรับปรุงจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ดั้งเดิมของ Yesavage และคณะ (1983) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามประเภท "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ใช่” ในข้อต่อไปนี้ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อต่อไปนี้ 1, 5, 7, 11, 13 โดยมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และสูงสุด คือ 15 คะแนน และ คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาซึมเศร้า

5) ประวัติการใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergics, Benzodiazepines ประเมินจากประวัติการทานยาปัจจุบันของผู้ป่วย

6) ระดับอิเล็กโตรไลท์ในเลือดไม่สมดุลก่อนผ่าตัด โดยประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ระดับโซเดียมผิดปกติ (โซเดียม < 130 meq/l หรือ > 150 meq/l) และระดับโปแทสเซียมผิดปกติ (โปแทสเซียม < 3.0 meq/l หรือ > 6 meq/l)

7) ระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตรคริตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติก่อนผ่าตัด โดยประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ระดับฮีมาโตรคริต < 30% และระดับฮีโมโกลบิน < 10 mg/dl

8) ภาวะทุพโภชนาการ โดยประเมินจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ระดับอัลบูมินในเลือด <3.5-5.0 g/dl

9) การรับประทานยา ≥ 5 ชนิด ประเมินจากประวัติการทานยาปัจจุบันของผู้ป่วย

2. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย

1) การนอนไม่หลับ

2) ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่

3) ภาวะติดเชื้อ

4) การเสียเลือด > 900 ซีซี

5) ระยะเวลาการผ่าตัด > 300 นาที

6) ระดับออกซิเจนในเลือด < 95%

7) ภาวะ Dehydration

8) การจำกัดการเคลื่อนไหว

9) มีสายระบายต่างๆ เช่น NG tube, Foley catheter, Redivac drain และ Jackson drain

10) มีอาการปวด

3. แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ซึ่งเป็นแบบประเมินชนิด "ถูก-ผิด" จำนวน 20 ข้อ ออกแบบมาเพื่อวัดความรู้และ

ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การป้องกัน การจัดการ รวมถึงการดูแลที่เหมาะสม แบ่งระดับ ความรู้ 3 ระดับ ระดับน้อย (น้อยกว่า 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับดี (มากกว่า 15 คะแนนหรือ มากกว่าร้อยละ 80)

4. แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ซึ่งเป็นแบบประเมินชนิด "ถูก-ผิด" จำนวน 20 ข้อ ออกแบบมาเพื่อวัดความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การป้องกัน การจัดการ รวมถึงการดูแลที่เหมาะสม แบ่งระดับ ความรู้ 3 ระดับ ระดับน้อย (น้อยกว่า 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับดี (มากกว่า 15 คะแนนหรือ มากกว่าร้อยละ 80)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ โดยการค้นคว้าจากตำรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดตามกรอบแนวคิดการพยาบาลเป็นผู้นำคลินิก (Nurse-led clinic) (JBI, 2010) ที่นำมาประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย

1. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่

1.1 การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ

ประเมินโดยพยาบาลและลงบันทึกในแบบประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย

1.1.1 การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในระหว่างการผ่าตัดและการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 2) การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับออกซิเจนในเลือด และอุณหภูมิร่างกาย และ 3) การประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะโภชนาการ และดัชนีมวลกาย (BMI) หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลเพื่อได้รับการรักษาหรือเฝ้าระวังต่อไป (ใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลของโรงพยาบาล)

1.1.2 การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เป็นการให้ข้อมูลและคำปรึกษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการเปิดโอกาสให้ถามคำถามและตอบคำถามที่จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล

1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พยาบาลเป็นผู้ประเมินโดยใช้ แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลัง

ผ่าตัด (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และคณะ, 2563) นำข้อมูลการประเมินความเสี่ยงที่พบปรึกษากับทีมดูแลเพื่อได้รับการรักษาหรือเฝ้าระวังต่อไป

2. การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน แก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล ด้วยสื่อการสอนผ่านบัญชีทางการของไลน์ (LINE OA delirium prevention) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และออกแบบวิดีโอคลิป (storyboard) ความยาว 10 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย อาการ การประเมิน การรักษา การดูแลภายหลังเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ภายหลังการสอนผู้วิจัยทำการสาธิตการดูแลผู้ป่วยและให้ญาติผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ดูแลเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

โดยผู้วิจัยจะจัดทำวิดีโอคลิป (video clip) ที่มีการใช้ภาพการ์ตูนที่เคลื่อนไหวได้ (animation) เป็นส่วนประกอบ มีการใช้กราฟิก การเลือกใช้สี และรูปแบบตัวอักษรที่เหมาะสมกับรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อให้มีความน่าสนใจ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

โดยพยาบาลจะดำเนินการภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและกลับมาหอผู้ป่วย ดังนี้

3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยประเมินหลังผ่าตัด

3.2 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) (Wongpakaran et al., 2011) โดยทำการประเมินอาการครั้งแรกหลังผ่าตัดเมื่อรับกลับเข้าหอผู้ป่วย และติดตามประเมินทุก 8 ชั่วโมง จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.3 การป้องกันและจัดการตามความเสี่ยงที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละรายดำเนินการโดยพยาบาล ประกอบด้วย

3.3.1 การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ คือ การกระตุ้นการรู้คิด(orientation) การย้ำเตือนการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบัน (reorientation) และการเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (family participation) ดังนี้

1) พยาบาลแนะนำชื่อของตนเองและทีมผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งสอบถามชื่อผู้ป่วย วันที่ เวลา และสถานที่อย่างสม่ำเสมอ ทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อให้การพยาบาลเพื่อกระตุ้นการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและลดความสับสน

2) การกระตุ้นความทรงจำร่วมกับญาติผู้ดูแล เมื่อมีญาติมาเยี่ยมใช้โอกาสนี้ในการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลของญาติ เช่น ชื่อและความสัมพันธ์ เพื่อช่วยกระตุ้นความจำ (recognition) และสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากยิ่งขึ้น

3.3.2 การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว (early ambulation) และการลุกออกจากเตียง (out of bed) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยพยาบาลประสานกับนักกายภาพบำบัดร่วมดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนี้

1) จัดท่านอนศีรษะสูง (head of bed ≥ 30°) หากไม่มีข้อห้ามควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 องศา เพื่อช่วยให้การหายใจและการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดและหลอดเลือดดำส่วนลึก

2) การนั่งขอบเตียง พาผู้ป่วยนั่งขอบเตียงตามความสามารถและความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นของการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ

3) การพยุงยืน พาผู้ป่วยยืนตามความพร้อมและความสามารถ เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและข้อให้กลับมาทำงานได้อย่างปกติ

4) การนั่งเก้าอี้ข้างเตียง พาผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ข้างเตียงครั้งละ 20 นาที วันละ 3 ครั้ง (เช้า-กลางวัน-เย็น) เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานเกินไปและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

5) จัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกที่อาจบ่งชี้ถึงความปวด โดยใช้แนวทางจัดการความปวดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยการรวบกิจกรรมที่จะให้การพยาบาลมาในเวลาเดียวกันหลีกเลี่ยงการทำหัตถการในเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

7) เฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) โดยดูแลให้มีการได้รับออกซิเจนด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย จัดท่านอนหรือนั่งพักที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแก๊สอย่างเพียงพอ

3.3.3 การป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดความสับสน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1) การจัดการด้านแสงสว่าง โดยเปิดม่านให้มีแสงธรรมชาติในห้องพักของผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เวลา และมีการตื่นตัวอย่างเป็นปกติ และกลางคืนเปิดไฟที่ไม่รบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืน

2) การจัดการเสียงรบกวน ลดเสียงรบกวนในห้องผู้ป่วย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน เช่น การลดเสียงเครื่องมือแพทย์ เสียงสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

3.4 หากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันดำเนินการจัดการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.4.1 รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ถึงภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความสับสน หรือการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา พยาบาลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา

3.4.2 การจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย และการป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย และการป้องกันอุบัติเหตุ

3.4.3 การประเมินอาการซ้ำ เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจสอบสัญญาณชีพและการประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงและปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม

3.4.4 การดูแลที่เน้นความปลอดภัย เป็นการจัดการภาวะสับสนเน้นความปลอดภัย เช่น การจัดเตียงให้อยู่ในระดับต่ำ การย้ายเตียงผู้ป่วยมาสังเกตอย่างใกล้ชิด และการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

4. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นความทรงจำผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การใช้เครื่องช่วยการรับรู้ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัว

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 11 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ผ่าตัด การวินิจฉัยโรค โรคร่วม การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาการ

ผ่าตัด การเสียเลือด วิธีการให้ยาแก้ปวด ระยะเวลาที่ให้ยาแก้ปวด การได้รับคำปรึกษาจากนักกายภาพบำบัด ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

3. เครื่องมือประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Inouye และคณะ ในปี 1990 โดยเครื่องมือนี้ได้รับการแปลและดัดแปลงเป็นภาษาเป็นฉบับภาษาไทยโดย Wongpakaran et al., 2011 เป็นแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) ประกอบด้วย 4 เกณฑ์หลักในการประเมิน ดังนี้ 1) การเริ่มต้นอย่างเฉียบพลันและมีการเปลี่ยนแปลงในระดับของความรู้สึกตัว 2) ความบกพร่องด้านสมาธิ 3) ความผิดปกติของกระบวนการคิด และ 4) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เกณฑ์การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยมีเกณฑ์การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ หากผู้ป่วยมีอาการครบทั้งข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ร่วมกับอาการในข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 จะถือว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล (2554) ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดของแมคแดเนียล เป็นแบบสอบถามมี 15 ข้อ คำถามเป็นแบบสเกลประเมิน 5 ระดับ จากความพึงพอใจน้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) มีองค์ประกอบทั้ง 3 คือ ความพึงพอใจต่อ 1) ความห่วงใยเอื้ออาทร 2) การเข้าถึงการบริการ และ 3) ความสามารถเชิงวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE - Thai 2002) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ได้รับการยอมรับเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและมีการนำไปใช้ในงานวิจัยเป็นที่แพร่หลาย จึงไม่ได้นำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

1.2 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองที่ใช้ในงานวิจัยที่นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหามีดังนี้ 1.) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด) 2.) แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และ 3.) แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะสับสนในผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) การนอนไม่หลับ 2) ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ 3) ภาวะติดเชื้อ 4) การเสียเลือด > 900 ซีซี 5) ระยะเวลาการผ่าตัด > 300 นาที 6) ระดับออกซิเจนในเลือด < 95% 7) ภาวะ Dehydration 8) การจำกัดการเคลื่อนไหว 9) มีสายระบายต่าง ๆ เช่น NG tube, Foley catheter, Redivac drain และ Jackson drain และ 10) มีอาการปวด มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ซึ่งมากกว่า .80 ซึ่งถือว่า เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021)

2) แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ปรับภาพที่ใช้ในการสื่อสารให้ตรงกับเนื้อหาอย่างชัดเจนมากขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ซึ่งมากกว่า .80 ซึ่งถือว่า เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021)

3) แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ปรับภาพที่ใช้ในการสื่อสารให้ตรงกับเนื้อหาอย่างชัดเจนมากขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ซึ่งมากกว่า .80 ซึ่งถือว่า เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021)

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.3.1 โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ คือ บัญชีทางการของไลน์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เนื้อหาวิดีโอคลิป (Storyboard) รวม 4 เรื่องและสร้างบัญชีทางการของไลน์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevent)

1.3.2 บัญชีทางการของไลน์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevent) ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ 1) การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องช้อง และ 4) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีการแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การปรับเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมการใช้ภาษาที่กระชับ เข้าใจง่าย ปรับภาพที่ใช้ในการสื่อสารให้ตรงกับเนื้อหาอย่างชัดเจนมากขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งมากกว่า .80 ซึ่งถือว่า เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021) เพื่อให้เห็นปัญหาที่พบได้ชัดเจนขึ้น จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และญาติผู้ดูแลมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ทดลอง

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์

แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล เท่ากับ 1 ซึ่งมากกว่า .80 ซึ่งถือว่า เป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2021)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

2.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ภายหลังได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและระยะเวลาอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 20 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ Kuder Richardson (KR 20) ค่าที่ยอมรับได้สำหรับแบบสอบถามใหม่เท่ากับ .70 ขึ้นไป (DeVeillis, 2012 อ้างตาม รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .75

แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเก็บจากพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 20 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หา

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ Kuder Richardson (KR 20) ค่าที่ยอมรับได้สำหรับแบบสอบถามใหม่เท่ากับ .70 ขึ้นไป (DeVeillis, 2012 อ้างตาม รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79

แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วขอหนังสือจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เสนอขอพิจารณาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. หลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ รหัส Nq01768 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2568 ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษาสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากได้หนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยขอทำการเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยการเก็บข้อมูลได้ดำเนินการในกลุ่มควบคุมในหอผู้ป่วยทั้ง 3 แห่งพร้อมกันจำนวน 35 ราย จนครบแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ภายหลังจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผ่านสื่อวิดีโอในระบบ LINE Official Account (LINE OA: Delirium Prevent) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม

การให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ เพื่อประเมินความเข้าใจและความพร้อมในการนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพตอบคำถามไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเป็นรายข้อเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำขั้นตอนและกระบวนการดำเนินโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการศึกษาวิจัย)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลา 11.00 – 13.00 น. และ 15.00 – 17.00 น. ซึ่งไม่มีกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาและเป็นเวลาที่หอผู้ป่วยอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 20 - 30 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยขอความร่วมมือพยาบาลในการแจ้งรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาและรอผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และขอความร่วมมือพยาบาลประจำแต่ละหอผู้ป่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

2. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องสนใจในวันที่มาโรงพยาบาลเตรียมก่อนผ่าตัด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงของการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ให้เวลาในการปรึกษากับญาติ และเวลลาในการตัดสินใจ ภายหลังการได้รับข้อมูลแล้วหากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form)

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

4. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลขณะผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัด การให้ความรู้โรคที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และประสานงานสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องขณะเข้ารับการรักษา ก่อนกลับบ้านทบทวนการดูแลกับญาติผู้ดูแลและสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ครั้งที่ 2 (หลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยประเมินภาวะสับสนหลังผ่าตัดโดยการสังเกตอาการของผู้ป่วยในช่วงเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 23.00 น. ของทุกวันจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ครั้งที่ 3 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยมอบแบบประเมินความพึงพอใจการบริการพยาบาลกับผู้ป่วยในช่วงเวลา 11.00 – 13.00 น. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จำนวนวันนอน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จากแฟ้มเวชระเบียน

กลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ที่เน้นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำหลักในการประเมิน ให้ความรู้ วางแผน ป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในช่วงเวลา 11.00 – 13.00 น. และ 15.00 – 17.00 น. ซึ่งไม่มีกิจกรรมการพยาบาลหรือการรักษาและเป็นเวลาที่หอผู้ป่วยอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 20 - 30 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยขอความร่วมมือพยาบาลในการแจ้งรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาและรอผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ และขอความร่วมมือพยาบาลประจำแต่ละหอผู้ป่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

2. เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องแจ้งความสนใจกับพยาบาล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พยาบาลจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย โปรแกรมการดูแล ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์และความเสี่ยงของการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่

ให้สัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ให้เวลาในการปรึกษากับญาติ และเวลลาในการตัดสินใจภายหลังการได้รับข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form)

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมแลกเปลี่ยนไลน์แอปพลิเคชันของญาติผู้ดูแลกับผู้วิจัย และนัดหมายการทำกิจกรรมตามช่วงเวลาเยี่ยมของหอผู้ป่วย (11.00 – 13.00 น. และ 15.00 – 17.00 น.) โดยให้ญาติผู้ดูแลเลือกช่วงเวลาที่สะดวกที่สุดเพื่อให้ความรู้และทักษะในการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

4. การประเมินและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

4.1 การตรวจหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในระหว่างการผ่าตัดและการฟื้นฟูหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 2) การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับออกซิเจนในเลือด และอุณหภูมิร่างกาย และ 3) การประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะโภชนาการ และดัชนีมวลกาย (BMI) หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์เจ้าของไข้และทีมดูแลเพื่อได้รับการรักษาหรือเฝ้าระวังต่อไป (ใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลของโรงพยาบาล)

4.2 ประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เป็นการให้ข้อมูลและคำปรึกษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษา และการตอบคำถามของผู้ป่วยจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล

4.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดพยาบาลเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนผ่าตัด

5. การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องและญาติผู้ดูแล เนื้อหาการสอน 3 เรื่อง ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ จัดทำสื่อการสอนผ่านบัญชีทางการของไลน์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevention) มีเนื้อหาเรื่องดูแลผู้ป่วยเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีการออกแบบรายละเอียดเนื้อหาวิดีโอคลิป (Storyboard) ความยาว 8 นาที รวม 3 เรื่องและสร้างบัญชีทางการของไลน์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevent)

6. ผู้สูงอายุที่ได้เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 (หลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะสับสนหลังผ่าตัดกับผู้ป่วยในช่วงเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 23.00 น.

2. การดูแลหลังการผ่าตัดโดยให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยพยาบาลจะดำเนินการภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและกลับมาหอผู้ป่วย ผู้วิจัยให้การดูแล ดังนี้

2.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด)

2.2 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) (Wongpakaran et al., 2011) โดยทำการประเมินอาการครั้งแรกหลังผ่าตัดเมื่อรับกลับเข้าหอผู้ป่วยและติดตามประเมินทุก 8 ชั่วโมง จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.3 การพยาบาลเพื่อการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละรายดำเนินการโดยพยาบาลดำเนินการโดยพยาบาลประกอบด้วย

2.3.1 การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ คือ การกระตุ้นการรู้คิด (orientation) การย้ำเตือนการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบัน (reorientation) และการเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (family participation) ดังนี้

1) พยาบาลแนะนำชื่อของตนเองและทีมผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งสอบถามชื่อผู้ป่วย วันที่ เวลา และสถานที่อย่างสม่ำเสมอ ทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อให้การพยาบาล เพื่อกระตุ้นการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและลดความสับสน

2) การกระตุ้นความทรงจำร่วมกับญาติผู้ดูแล เมื่อมีญาติมาเยี่ยมใช้โอกาสนี้ในการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลของญาติ เช่น ชื่อและความสัมพันธ์ เพื่อช่วยกระตุ้นความจำ (recognition) และสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากยิ่งขึ้น

2.3.2 การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว (early ambulation) และการลุกออกจากเตียง (out of bed) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยพยาบาลประสานกับนักกายภาพบำบัดร่วมดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละรายในช่วงเวลา 11.00 น., 15.00 น. และช่วงที่ญาติเข้าเยี่ยม ดังนี้

1) จัดท่านอนศีรษะสูง (Head of Bed ≥ 30°) หากไม่มีข้อห้ามควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 30 องศา เพื่อช่วยให้การหายใจและการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดและหลอดเลือดดำส่วนลึก

2) การนั่งขอบเตียง พาผู้ป่วยนั่งขอบเตียงตามความสามารถและความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นของการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจ

3) การพยุงยืน พาผู้ป่วยยืนตามความพร้อมและความสามารถ เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและข้อให้กลับมาทำงานได้อย่างปกติ

4) การนั่งเก้าอี้ข้างเตียง พาผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ข้างเตียงครั้งละ 20 นาที วันละ 3 ครั้ง (เช้า-กลางวัน-เย็น) เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานเกินไปและเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย

5) จัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกที่อาจบ่งชี้ถึงความปวด โดยใช้แนวทางจัดการความปวดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยการรวบกิจกรรมที่จะให้การพยาบาลมาในเวลาเดียวกันหลีกเลี่ยงการทำหัตถการในเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

7) เฝ้าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) โดยดูแลให้มีการได้รับออกซิเจนด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย จัดท่านอนหรือนั่งพักที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแก๊สอย่างเพียงพอ

2.3.3 การป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดความสับสน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1) การจัดการด้านแสงสว่าง โดยเปิดม่านให้มีแสงธรรมชาติในห้องพักของผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เวลา และมีการตื่นตัวอย่างเป็นปกติ และกลางคืนเปิดไฟที่ไม่รบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืน

2) การจัดการเสียงรบกวน ลดเสียงรบกวนในห้องผู้ป่วย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน เช่น การลดเสียงเครื่องมือแพทย์ เสียงสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

2.4 หากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันดำเนินการจัดการอย่างเป็นระบบ ดังนี้

2.4.1 รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการบ่งชี้ถึงภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความสับสน หรือการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา พยาบาลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา

2.4.2 การจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย และการป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย และการป้องกันอุบัติเหตุ

2.4.3 การประเมินอาการซ้ำ เป็นการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจสอบสัญญาณชีพและการประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงและปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม

2.4.4 การดูแลที่เน้นความปลอดภัย เป็นการจัดการภาวะสับสนเน้นความปลอดภัย เช่น การจัดเตียงให้อยู่ในระดับต่ำ การย้ายเตียงผู้ป่วยมาสังเกตอย่างใกล้ชิด และการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

3. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นความทรงจำผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้นเหมาะสมและความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำและคำปรึกษา

5. ผู้วิจัยแนะนำให้ญาติผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลทั้ง 3 เรื่อง ได้ในบัญชีทางการของไลน์การพยาบาลการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevention) และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่ 3 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) ช่วงเวลา 13.00 – 14.00 น.

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพูดคุย อาการทั่ว ๆ ไปสอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโดยการรับฟังด้วยความตั้งใจ ผู้วิจัยสอบถามถึงภาวะสุขภาพกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลหากญาติผู้ดูแลไม่มีปัญหาในการดูแล ผู้วิจัยกล่าวคำชื่นชมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้หากพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผู้วิจัยให้คำแนะนำให้คำปรึกษา

2. ผู้วิจัยแนะนำให้ญาติผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลทั้ง 3 เรื่อง ได้ในบัญชีทางการของไลน์การพยาบาลการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (LINE OA delirium prevention) และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย

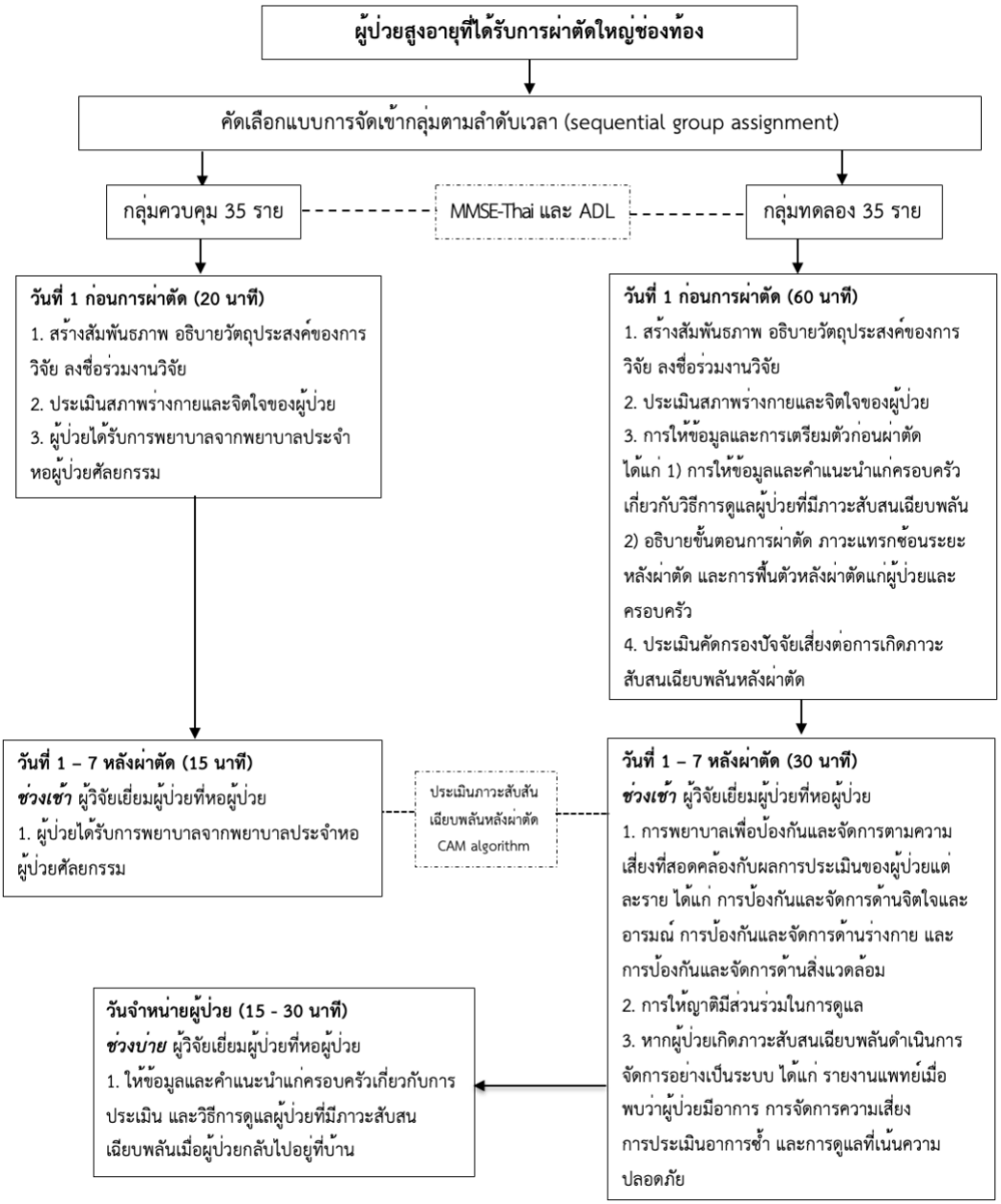
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลโดยการรับฟังด้วยความตั้งใจ

4. ผู้วิจัยดำเนินทำการประเมินความพึงพอใจการบริการพยาบาลกับผู้ป่วย

5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และยุติการติดต่อบัญชีทางการของไลน์ ซึ่งญาติผู้ดูแลยังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานโดยการโทรศัพท์กลับไปติดต่อสอบถามและรับคำแนะนำจากหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ภาพ 2

สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ตัวอย่างการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

กรณีตัวอย่างที่ 1

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงจากการดื่มสุราและภาวะ alcohol withdrawal ผู้ป่วยชาย อายุ 64 ปี เข้ารับการผ่าตัด right hemicolectomy ด้วยการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีโรคประจำตัว 2 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จากการซักประวัติก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำมาเป็นระยะเวลานาน และหยุดดื่มสุราก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ อายุสูง การมีโรคประจำตัวหลายโรค และประวัติการดื่มสุรา ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ alcohol withdrawal ภายหลังการผ่าตัด

การดำเนินโปรแกรมในผู้ป่วยรายนี้เป็นการดูแลแบบปรับให้เหมาะสมกับความเสี่ยงเฉพาะบุคคล (tailored intervention) โดยในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมได้ประเมินประวัติการดื่มสุราอย่างละเอียด ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดภาวะถอนสุราและภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด พร้อมทั้งเน้นบทบาทของญาติในการช่วยสังเกตอาการผิดปกติด้านพฤติกรรมและการรับรู้ นอกจากนี้ ได้มีการส่งปรึกษาจิตแพทย์ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อร่วมวางแผนการป้องกัน เฝ้าระวัง และลดความรุนแรงของภาวะ alcohol withdrawal และภาวะสับสนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้น

ภายหลังการผ่าตัด พยาบาลได้เพิ่มความถี่ในการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและพฤติกรรม โดยประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย CAM algorithm วันละ 3 ครั้งในทุกเวร พร้อมทั้งติดตามอาการที่สอดคล้องกับภาวะ alcohol withdrawal เช่น อาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล เหงื่อออก และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ควบคู่กับการจัดสภาพแวดล้อมรอบเตียงให้เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น กระตุ้นการรับรู้วัน เวลา และสถานที่อย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด

ในช่วงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมกับอาการที่สอดคล้องกับภาวะ alcohol withdrawal ซึ่งได้รับการประเมินและยืนยันด้วย CAM algorithm พยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมได้รายงานแพทย์ทันที และร่วมกับจิตแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการภาวะดังกล่าวอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการดำเนินกิจกรรมการดูแลแบบไม่ใช้ยาตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การกระตุ้นการรับรู้ การดูแลสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้สามารถตรวจพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่ยืดเยื้อ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

กรณีตัวอย่างนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากปัจจัยเสี่ยงเฉพาะที่มีความรุนแรงสูง เช่น ภาวะ alcohol withdrawal แต่กระบวนการประเมินความเสี่ยงล่วงหน้า การส่งปรึกษาจิตแพทย์ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และการดำเนินโปรแกรมแบบ tailored intervention โดยพยาบาลเป็นผู้นำ ช่วยให้สามารถคัดกรอง เฝ้าระวัง และจัดการภาวะดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที ลดความรุนแรงและผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวได้ทั้งหมดก็ตาม

กรณีตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านครอบครัวและการปรับตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหญิง อายุ 68 ปี เข้ารับการผ่าตัดผ่าตัดใหญ่ช่องท้องด้วยการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีโรคประจำตัว 1 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง จากการประเมินก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และมีความเสี่ยงด้านการปรับตัวทางอารมณ์ รวมทั้งมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด

การดำเนินโปรแกรมในผู้ป่วยรายนี้เน้นการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทด้านครอบครัวและสภาพจิตใจ โดยก่อนการผ่าตัด พยาบาลผู้ดำเนินโปรแกรมได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถาม และเน้นบทบาทของญาติในการช่วยดูแลหลังผ่าตัด เช่น การช่วยย้ำเตือนวัน เวลา สถานที่ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ หลังการผ่าตัด พยาบาลได้ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การอยู่เป็นเพื่อนในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล การช่วยกระตุ้นให้ลุกนั่งและเคลื่อนไหวตามแผนการรักษา และการช่วยสังเกตอาการผิดปกติ

ผลการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย CAM algorithm ตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาไม่พบการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แสดงให้เห็นว่าการปรับกิจกรรมของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทครอบครัวและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมการปรับตัวหลังผ่าตัดและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

สรุปภาพรวมของกระบวนการ Tailored Intervention จากตัวอย่างกรณีศึกษาทั้งสองราย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ มิได้เป็นการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเดียวกันทุกราย แต่เป็นการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเสี่ยง บริบท และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งด้านการรับรู้ สภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งสะท้อนลักษณะสำคัญของการเป็น tailored intervention อย่างเป็นรูปธรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยยึด หลักการจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป หรือ Belmont Report ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัยและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน จนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยการปฏิเสธนั้นไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาความลับ ในแบบบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุตัวญาติผู้ดูแล ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษา ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลงานในภาพรวมและนำมาเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/ non-maleficence)

2.1 ประโยชน์ที่อาจได้รับใน**กลุ่มควบคุม** ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องต่อไป ใน**กลุ่มทดลอง** ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ประกอบด้วย 1) การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการ และเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย 3) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด การตรวจสอบอาการและสัญญาณของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม การป้องกันและจัดการตามความเสี่ยง (การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ การป้องกันและจัดการด้านร่างกายและการป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม) และการประสานงานกับสหวิชาชีพ และ 4) การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นความทรงจำผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล

2.2 ความเสี่ยงที่อาจได้รับจากงานวิจัยนี้มีน้อยมาก ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายหรือทำให้ได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากเป็นการให้การดูแลที่เป็นมาตรฐาน และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการยอมรับ แต่มีความเสี่ยงที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเสียเวลา เกิดความเบื่อหน่าย ความเหนื่อยล้าจากการให้ความรู้ในโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักในระหว่างการสอน ผู้สูงอายุและญาติอาจเกิดความวิตกกังวลในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายและเปิดโอกาสให้สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในเข้าร่วมการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยเสนอให้คลิปการสอน เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง หากกลุ่มควบคุมมีความสนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม โดยข้อมูลที่มีการวัดในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) หรืออัตราส่วนมาตรา (ratio scale) โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) ส่วนข้อมูลที่อยู่ในระดับนามมาตรา (nominal scale) หรืออันดับมาตรา (ordinal scale) ให้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

2. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พร้อมทั้งคำนวณและรายงานค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk: RR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

3. เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน ได้มีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติการทดสอบแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ (Nonparametric statistic) โดยใช้การทดสอบของแมน–วิทนีย์ ยู (Mann–Whitney U test)

4. การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน ได้มีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจึงใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ขณะที่การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลรายด้าน พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติการทดสอบแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ โดยใช้การทดสอบของแมน–วิทนีย์ ยู (Mann–Whitney U test)

บทที่ 4
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว (posttest-only with control group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานกับกลุ่มทดลองที่ได้การพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงานร่วมกับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 35 ราย และกลุ่มทดลอง 35 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่ม อิสระจากกัน (Independent t-test; Fisher's Exact test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000[1]
ชาย	22	62.9	22	62.9	
หญิง	13	37.1	13	37.1	
อายุ (ปี)					1.000[3]
60 – 69 ปี	22	62.9	22	62.9	
70 – 79 ปี	10	28.6	10	28.6	
80 – 89 ปี	3	8.6	3	8.6	
อายุเฉลี่ย ($M \pm SD$)	68.34 $\pm$ 7.05		68.74 $\pm$ 5.81		.796[2]
ช่วงอายุ *(Min-Max)*	60 - 86		62 - 85		
สถานภาพสมรส					.319[1]
โสด	3	8.6	8	22.9	
สมรส	25	71.4	21	60.0	
หม้าย	7	20.0	6	17.1	
ระดับการศึกษา					.626[3]
ไม่ได้ศึกษา	6	17.1	6	17.1	
ประถมศึกษา	23	65.7	19	54.3	
มัธยมศึกษา	4	11.4	8	22.9	
ปริญญาตรี	2	5.7	2	5.7	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (*n* = 35)		กลุ่มทดลอง (*n* = 35)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การใช้อุปกรณ์การรับรู้					.226[3]
ไม่มี	10	28.6	5	14.3	
เครื่องช่วยฟัง	2	5.7	7	20.0	
แว่นตา	21	60.0	21	60.0	
ใช้ทั้ง 2 อย่าง	2	5.7	2	5.7	
โรคประจำตัว					.530[3]
ไม่มีโรคประจำตัว	3	8.6	3	8.6	
มีโรคประจำตัว 1 โรค	11	31.4	12	34.3	
มีโรคประจำตัว 2 โรค	11	31.4	15	42.9	
มีโรคประจำตัว $\geq$ 3 โรค	10	28.6	5	14.3	
วินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด					.264[3]
มะเร็งลำไส้	23	65.7	22	62.9	
ภาวะลำไส้อุดตัน	4	11.4	6	17.1	
ถุงน้ำดีทะลุ	3	8.6	4	11.4	
ไส้ติ่งอักเสบทะลุ	2	5.7	1	2.9	
อื่น ๆ	3	3.6	2	5.7	
ชนิดการผ่าตัด					.709[3]
Right hemicolectomy	14	40.0	9	25.7	
Colostomy	5	14.3	3	8.6	
Sigmoidectomy	4	11.3	5	14.3	
Open cholecystectomy	3	8.6	4	11.4	
Hartmann's procedure	3	8.6	3	8.6	
Left hemicolectomy, LAR, AR	2	5.7	7	20	
Small bowel resection	2	5.7	2	5.7	
อื่น ๆ	2	5.7	2	5.7	

[1]*Chi-square test,* [2]*Independent t-test,* [3]*Fisher's Exact test*

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที ไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยทั้งสองกลุ่มมีเพศชายร้อยละ 62.9 หญิงร้อยละ 37.1 เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 60-86 ปี มีอายุเฉลี่ย 68.34 ปี (SD = 7.05) กลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 62-85 มีอายุเฉลี่ย 68.74 ปี (SD = 5.81) กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 54.3 ทั้งสองกลุ่มมีการใช้อุปกรณ์การรับรู้เป็นแว่นตาคิดเป็นร้อยละ 60.0 ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวอยู่ระหว่าง 1 – 3 โรค โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.7 และกลุ่มทดลองร้อยละ 62.9 รองลงมาได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีทะลุ และไส้ติ่งอักเสบทะลุ ส่วนในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งตับ แผลในกระเพาะทะลุ และภาวะไส้เลื่อนสะดือ สำหรับชนิดของการผ่าตัดทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัด Right hemicolectomy มากที่สุดในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40.0 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 25.7

ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ตาราง 4

เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ข้อมูลการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	กลุ่มควบคุม (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		*RR (95% CI)*	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	6	17.1	3	8.6	0.5 (0.14–1.84)	.477
ประเภทของของภาวะสับสน						
hyperactive delirium	2	33.33	2	66.67		
mixed subtype	4	66.67	1	33.33		

จากตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า กลุ่มควบคุมมีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ขณะที่กลุ่มทดลองพบการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองโดยมีค่า (*RR* = 0.50, *95% CI* = 0.14–1.84) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p* > .05)

เมื่อพิจารณาประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า ประเภท hyperactive delirium ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 2 ราย จากผู้ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ขณะที่กลุ่มทดลองพบจำนวน 2 ราย จากทั้งหมด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 สำหรับประเภท mixed subtype พบในกลุ่มควบคุมจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และในกลุ่มทดลองพบจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับระยะเวลานอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Mann-Whitney test

กลุ่ม	Min - Max	หลังการทดลอง		*Z*	*p*
		Mean Rank	Sum of Rank		
กลุ่มควบคุม (*n* = 35)	4 - 17	39.06	1367.00	-1.492	.136
กลุ่มทดลอง (*n* = 35)	7 - 11	31.94	1118.00		

จากตาราง 5 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนระหว่าง 4 – 17 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 39.06 วัน และกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอน

ระหว่าง 7 - 11 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 31.94 วัน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -1.492, p > .05)

ส่วนที่ 4 ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

ตาราง 6

*เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วย*สถิติ *Independent t-test*

ความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวม	3.60	0.17	4.29	0.16	-17.096	.001*

*p <.05

จากตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในกลุ่มควบคุม (M = 3.60, SD = 0.17) และกลุ่มทดลอง (M = 4.29, SD = 0.16) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.096, p < .001)

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Mann-Whitney test

ความพึงพอใจรายด้าน	กลุ่ม (จำนวน)	Mean Rank	Sum of Rank	*Z*	*P*
ความห่วงใยเอื้ออาทร	ควบคุม (35)	18.51	648.00	-7.054	.001*
	ทดลอง (35)	52.49	1837.00		
การเข้าถึงการบริการ	ควบคุม (35)	18.96	663.50	-6.842	.001*
	ทดลอง (35)	52.04	1821.50		
ความสามารถเชิงวิชาชีพ	ควบคุม (35)	22.09	773.00	-5.678	.001*
	ทดลอง (35)	48.91	1712.00		

*p <.05

จากตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจรายด้านต่อบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ โดยแบ่งความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลเป็นรายด้าน ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านความห่วงใยเอื้ออาทรในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -7.054, p < .001)

2) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านการเข้าถึงการบริการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -6.842, p < .001)

3) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านความสามารถเชิงวิชาชีพในควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.678, p < .001)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว (posttest- only with control group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องระบบทางเดินอาหารแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective case) ได้แก่ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ทำการคัดเลือกแบบจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลา (sequential group assignment) จำนวนทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มความคุมจำนวน 35 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว วินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด รวมถึงชนิดของการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.9 สัดส่วนเพศชายที่มากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรค (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความชุกของพยาธิสภาพทางระบบทางเดินอาหารมากกว่าเพศหญิง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นาทประยุทธ์ (2564) พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่าเพศหญิงถึง 2.3 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระบาดวิทยาที่ระบุว่าเพศชายมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการได้รับสารก่อมะเร็งจากอาหารปิ้งย่างมากกว่าเพศหญิง (สำนักระบาดวิทยา, 2566; Sung et al., 2021) นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานด้านชีววิทยา ที่กล่าวว่าระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่อาจมีบทบาทปกป้องต่อกระบวนการเกิดมะเร็งส่งผลให้เพศหญิงมีความเสี่ยงต่ำกว่า (Kuiper et al., 2020; Wu et al., 2024) ทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีช่วงอายุ 60-89 ปี โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 62.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.34 ปี กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 62.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ (2563) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 60 – 89 ปี และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ประมาณ 68 – 69 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ (2563) และจากรายงานของกรมควบคุมโรค (2560) โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ ที่ระบุว่าประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยในจำนวนนี้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงที่สุด ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 65.7 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง และคณะ (2563) พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ประมาณร้อยละ 60 และยังมีการศึกษาของเพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น (2559) พบว่าช่วงอายุที่มากที่สุดคืออายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.9 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 81.4 โดยเป็นโรคมะเร็งในส่วนของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คิดเป็นร้อยละ 38.2 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรค เช่น พบก้อนเนื้องอก หรือก้อนมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเนื้องอกหรือก้อนมะเร็งออกเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี และเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยยืดอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (บุญชู ศิริจินดากุล และศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ, 2545)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แม้ผลดังกล่าวแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มเชิงบวกของโปรแกรมต่อการลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในระดับคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัยและโปรแกรมลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด รวมถึงการป้องกันการเสื่อมสมรรถภาพในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลเฉพาะบุคคลและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ร่วมกับแนวคิดของบริการคลินิกที่นำโดยพยาบาล (Nurse-led Clinic) ที่ถูกนำมาประยุกต์ในการออกแบบโปรแกรมครั้งนี้ โดยครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูล การจัดการความเสี่ยงหลังผ่าตัด และการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างไรก็ตามอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากอัตราการเกิดภาวะสับสน

เฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความสามารถในการตรวจพบความแตกต่างลดลง (low event rate) เมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ที่รายงานในงานวิจัยก่อนหน้าส่งผลให้พลังทางสถิติของการทดสอบลดลง และอาจไม่เพียงพอต่อการตรวจความแตกต่างที่พบในการศึกษานี้

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ สวลี ลือนภา และคณะ (2565) ที่ใช้โปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดศัลยกรรม จำนวน 100 คน พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยในกลุ่มควบคุมพบ ร้อยละ 10 และไม่พบการเกิดภาวะสับเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ซึ่งงานดังกล่าวศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่า ทำให้โปรแกรมเกิดผลชัดเจนกว่า เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พรสุดา งามแสง และคณะ (2566) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจาก ร้อยละ 23.91 เป็นร้อยละ 18.60

ผลการศึกษานี้ยังพบความไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น แวง และคณะ (Wang et al., 2020) ซึ่งรายงานว่า โปรแกรม t-HELP) สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดได้จาก ร้อยละ 19.4 เหลือเพียง ร้อยละ 2.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง การศึกษาของดีเคน และคณะ (Deeken et al., 2022) พบว่าโปรแกรมป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดสามารถความเสี่ยงลดลงประมาณร้อยละ 13 (95% *CI*, 0.77-0.98; $p = .02$) และยังช่วยลด functional decline หลังผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยที่กล่าวมาสนับสนุนว่าแนวทางการดูแลที่เน้นพยาบาลเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมเชิงรุก (nurse-led intervention) มีศักยภาพในการลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันได้จริง

เช่นเดียวกับการศึกษาของเชน และคณะ (Chen et al., 2017) ที่ใช้ Modified Hospital Elder Life Program ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นโปรแกรมการดูแลแบบหลายองค์ประกอบ (multicomponent non-pharmacological intervention) ประกอบด้วย การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ (orientation) การส่งเสริมการนอนหลับ การกระตุ้นให้ลุกนั่งและเคลื่อนไหวเร็ว การช่วยด้านการมองเห็นและการได้ยิน การดูแลภาวะขาดน้ำและโภชนาการ และการใช้บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านในการดำเนินโปรแกรม พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้จากร้อยละ 15.1 เหลือร้อยละ 6.6 ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันแบบไม่ใช้ยาที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถช่วยป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ความไม่สอดคล้องระหว่างผลการศึกษาครั้งนี้กับงานวิจัยบางฉบับสามารถอธิบายได้จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะในมิติของบริบทการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทั่วไป ภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งมีระบบการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติทางคลินิกที่

ชัดเจน ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ แตกต่างจากงานวิจัยที่ดำเนินในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมักมีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกว่าและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงเอื้อต่อการตรวจพบผลของโปรแกรมได้ชัดเจนกว่า

ในด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีโรคประจำตัวในระดับปานกลาง และเข้ารับการผ่าตัดตามแผน (elective surgery) มากกว่าการผ่าตัดฉุกเฉิน ส่งผลให้ความเสี่ยงพื้นฐานต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำกว่างานวิจัยที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง นอกจากนี้ การที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนถึงความเหมาะสมของการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านประชากรศาสตร์

ระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อความไม่สอดคล้องของผลการศึกษา โดยงานวิจัยที่รายงานผลเชิงบวกอย่างชัดเจนมักดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยสูงอายุตอนปลาย หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้มีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้เกิดภาวะ low event rate และส่งผลให้ความสามารถของการทดสอบทางสถิติในการตรวจพบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มลดลง แม้ว่าจะพบแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม

แม้ผลของการศึกษาในครั้งนี้ไม่แสดงความแตกต่างทางสถิติ แต่แนวโน้มที่พบยังสะท้อนผลบวกทางคลินิก (clinical benefit) ของโปรแกรมในเชิงปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัว การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การกระตุ้นการรับรู้ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งตรงกับแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการลดความเสี่ยงภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ดังนั้น แม้ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานทางสถิติ แต่โปรแกรมที่พยาบาลเป็นผู้นำยังคงมีคุณค่าในการนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ และชี้ให้เห็นความจำเป็นของการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น หรือเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงกว่า เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างแม่นยำยิ่งขึ้นในอนาคต

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลเป็นผู้นำมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แม้ความแตกต่างดังกล่าวจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล และโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลเป็นผู้นำสามารถจัดการอาการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีอาการสับสนเฉียบพลันจึงฟื้นตัวได้เร็ว ส่งผลให้มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเชน และคณะ (Chen et al., 2017) ที่พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม mHELP มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.0 วัน เทียบกับ 14.0 วัน, $p < .04$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวยังส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และช่วยลดภาระการดูแลในโรงพยาบาลได้อีกด้วย เมื่อเทียบเคียงกับงานวิจัยของ แวง และคณะ (Wang et al., 2020) รายงานว่าโปรแกรม t-HELP ซึ่งเป็นโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยโปรแกรม t-HELP เป็นการดูแลแบบไม่ใช้ยาที่ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลงจากเฉลี่ย 16.41 วัน เหลือ 12.15 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการลดจำนวนวันนอน และยังพบงานทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ เซียว และคณะ (Hsiao et al., 2025) ซึ่งยืนยันว่าการดูแลป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลงได้ 1–4 วัน ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และงานวิจัยของ นิภาพร แสงอรุณากุล และณภัทร ธิคม (2568) รายงานว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้การฟื้นตัว แม้ไม่ได้ระบุตัวเลขระยะเวลานอนโรงพยาบาล แต่สะท้อนความสำคัญของการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันต่อผลลัพธ์โดยรวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาร่วมกับผลการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีพยาบาลเป็นผู้ขับเคลื่อนสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยการลดความเสี่ยงเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีการควบคุม และจัดการปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ อย่างเป็นระบบได้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลเป็นผู้นำ มีคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวม ($p < .001$) และในทุกมิติย่อย ได้แก่ ด้านความห่วงใยเอื้ออาทรด้านการเข้าถึงบริการ และด้านความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาลซึ่งสะท้อนว่าการนำแนวคิด Nurse-led clinic (JBI, 2010) มาประยุกต์ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินโปรแกรมที่มุ่งเน้นการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเน้นการประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสน และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การจัดโปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการพยาบาลที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมที่เน้นการประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ การสื่อสารเชิงรุก การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการแบบ nurse-led care กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความใกล้ชิด และความต่อเนื่องของการดูแล ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในความเชี่ยวชาญของพยาบาลมากขึ้น นำไปสู่ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่สูงกว่าการพยาบาลตามมาตรฐานทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของโปรแกรมป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น โปรแกรม t-HELP ของดีเคน และคณะ (Deeken et al., 2022) และโปรแกรม mHELP ของเชน และคณะ (Chen et al., 2017) ซึ่งแม้งานวิจัยดังกล่าวจะไม่ได้ประเมินความพึงพอใจโดยตรง แต่รายงานผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงประสบการณ์การดูแลที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ได้แก่ การลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลัน การลดการเสื่อมถอยด้านสมรรถภาพ และการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้คุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย การศึกษาของอาบิด ฮุสเซน และคณะ (Abid Hussain et al., 2019) ได้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ในมิติด้านความห่วงใยเอื้ออาทร กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลแบบพยาบาลเป็น

ผู้นำที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ควบคู่กับการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจ ความเมตตา และการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอื้ออาทรของพยาบาลได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการในระดับที่สูงขึ้นผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เล และกาลัง อาลิสแวก (2025) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นความเห็นอกเห็นใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

ในด้านการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม nurse-led ช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการได้อย่างทันท่วงที โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูง การเข้าถึงพยาบาลได้ง่ายช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและความมั่นใจต่อระบบบริการ ส่งผลให้ความพึงพอใจในมิตินี้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาร์มิล และคณะ (2024) ที่รายงานว่า การดำเนินงานของคลินิกพยาบาลเป็นผู้นำ (Surgical Nurse-Led Clinic: SNLC) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อระบบบริการและมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูงคะแนนความพึงพอใจสูงมากร้อยละ 96 ทั้งช่วงก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระหว่างการรักษา แสดงให้เห็นว่า คลินิกที่มีพยาบาลจัดการดูแลและดูแลสามารถเพิ่มความสะดวกและความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน (Sharmil et al., 2024)

สำหรับมิติด้านความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาล ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้ ความชำนาญและความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการดูแลป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ทั้งในด้านการประเมินอาการ การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลในประเทศไทยซึ่งระบุว่า “ความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาล” เป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความรู้ ทักษะ ความแม่นยำในการปฏิบัติการพยาบาล และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสม

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การจัดบริการโดยพยาบาลเป็นผู้นำ (nurse-led program) เป็นรูปแบบการดูแลที่ช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลทั้งในมิติด้านความเอื้ออาทร การเข้าถึงบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อ

บริการพยาบาลในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพของพยาบาลอย่างเต็มบทบาทเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว (posttest- only with control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-89 ปี ที่เข้ารับบริการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จำนวน 70 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 2) เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และแบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ และ 4) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และเครื่องมือประเมิน Confusion Assessment Method (CAM) โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและความเที่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) สถิติไคสแคว์

(Chi-square test) และการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) และการวิเคราะห์ตัวแปรผลลัพธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์แยกตามตัวแปร ดังนี้

1.) เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบแบบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พร้อมทั้งคำนวณและรายงานค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk: RR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

2.) เปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน ได้มีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติการทดสอบแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ (Nonparametric statistic) โดยใช้การทดสอบของแมน–วิทนีย์ ยู (Mann–Whitney U test)

3.) เปรียบเทียบระยะเวลานอนโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test

4.) การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน ได้มีการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจึงใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ขณะที่การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลรายด้าน พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติการทดสอบแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ โดยใช้การทดสอบของแมน–วิทนีย์ ยู (Mann–Whitney U test)

สรุปผลวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 62.9 หญิงร้อยละ 37.1 เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีช่วงอายุ 60-86 ปี มีอายุเฉลี่ย 68.34 ปี (*SD* = 7.05) กลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 62-85 มีอายุเฉลี่ย 68.74 ปี (*SD* = 5.81) กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 54.3 ทั้งสองกลุ่มมีการใช้อุปกรณ์การรับรู้เป็นแว่นตาคิดเป็นร้อยละ 60.0 ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวอยู่ระหว่าง 1 – 3 โรค โดย 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.7 และกลุ่มทดลองร้อยละ 62.9 รองลงมาได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีทะลุ และไส้ติ่งอักเสบทะลุ ส่วนในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ มะเร็งตับ แผลในกระเพาะทะลุ และภาวะไส้เลื่อนสะดือ สำหรับชนิดของการผ่าตัดทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัด Right hemicolectomy มากที่สุดในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40.0 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 25.7

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า กลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย มีการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ขณะที่กลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย พบการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองโดยมีค่า (*RR* = 0.50, *95% CI* = 0.14–1.84) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* > .05)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนระหว่าง 4 – 17 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 39.06 วัน และกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนระหว่าง 7 - 11 วัน มีค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน 31.94 วัน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยลำดับวันนอน พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z* = -1.492, *p* > .05)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่อความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้ารับโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในกลุ่มควบคุม (M = 3.60, SD = 0.17) และกลุ่มทดลอง (M = 4.29, SD = 0.16) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.096, p = .000) โดยแบ่งความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลเป็นรายด้าน ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านความห่วงใยเอื้ออาทรในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -7.054, p < .001)

2) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านการเข้าถึงการบริการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -6.842, p < .001)

3) ค่าเฉลี่ยลำดับความพึงพอใจด้านความสามารถเชิงวิชาชีพในควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.678, p < .001)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว และใช้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เฉพาะ จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในบริบทของโรงพยาบาลอื่น หรือบริบทที่แตกต่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีโรคประจำตัวในระดับปานกลาง และเข้ารับการผ่าตัดตามแผน (elective surgery) มากกว่าการผ่าตัดฉุกเฉิน ส่งผลให้ความเสี่ยงพื้นฐานต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิผลของโปรแกรมไม่ปรากฏชัดเจนในเชิงสถิติเมื่อเทียบกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง

3. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำ (low event rate) ส่งผลให้จำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีจำกัด ซึ่งอาจทำให้พลังทางสถิติในการตรวจจับความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มลดลง และเป็นเหตุให้ผลการศึกษาพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในลักษณะของแนวโน้มทางคลินิก แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระยะเวลาการติดตามผลเป็นระยะสั้น เฉพาะช่วงการนอนรักษาในโรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมการติดตามผลในระยะหลังจำหน่ายหรือระยะยาว จึงไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของ

โปรแกรมในด้านการฟื้นตัวระยะยาว การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมกับบริบทการทำงาน งานวิจัยนี้พบว่าการใช้รูปแบบการให้ความรู้แบบกลุ่มย่อย และการใช้คลิบวิดิทัศน์ที่พยาบาลสามารถเปิดศึกษาได้ด้วยตนเอง สามารถเพิ่มความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หน่วยงานควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ไปใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อให้เป็นมาตรฐานการประเมิน การป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นระบบมากขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีและเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

3. ควรมีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดช่องท้อง

ด้านการบริหารการพยาบาลและเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ควรกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CAM algorithm เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและตรวจพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3. ผู้บริหารควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดอบรมและเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงสนับสนุนบทบาทพยาบาลในการดำเนินการดูแลเชิงรุก (nurse-led intervention)

4. ควรสนับสนุนให้มีการกำหนดนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (family involvement) โดยจัดทำแนวทางหรือคู่มือการมีส่วนร่วมของญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ลดอคติในการจัดกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดในลักษณะของการวิจัยเพื่อประเมินความเที่ยงตรงของโปรแกรม (program fidelity) และเชิงการนำไปใช้จริง (implementation study) ศึกษาเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปขยายผลในบริบทการดูแลจริงของหน่วยบริการที่หลากหลาย รวมถึงศึกษาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการดำเนินโปรแกรม เช่น ความพร้อมของบุคลากร ระบบสนับสนุนขององค์กร ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ กองพิธี, ดาราวรรณ อักษรวรรณ, วาสิฎฐี เศษวงศ์, ณัฐวดี บุญเรือง, และพลากร สุรกุลประภา. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 35*(2), 193-198.

กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์. (2554). *การสร้างเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/22505

กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 7*(2), 10-22.

กรมอนามัย. (2565). *รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.

กัญจนา ปุกคำ, กุสุมา ควุวัฒนสัมฤทธิ์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2562). การประเมินความเป็นไปได้และ ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสน เฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 6*(1), 68-86.

จินตนา สินธุสุวรรณ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 26*(2). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4774/4238

ดวงรัตน์ กวีนันทชัย, จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฏ์, และศุภวรรณ ใจบุญ. (2563). การป้องกันและการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารเกื้อการุณย์, 27*(1), 126-174.

ทิพเนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และอรพิชญา ไกรฤทธิ์. (2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *24*(2), 137-149.

นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และสมจิต หนุเจริญกุล. (2554). การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *17*(2), 264-277.

นิตยา จันทบุตร และครองสินธุ์ เขียนชานาจ. (2563). ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: ความท้าทายของการพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, *4*(2), 20-39.

นิศารัตน์ เอี่ยมรอด, ศิริอร สินธุ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล และเกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์. (2559). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *17*(2), 34-42.

นัทยา แสงบุญเรือง, คัทรียา รัตนวิมล, และณิชกานต์ ทรงไทย. (2568). ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 26*(1), 202 – 210.

เนตรดาว ชัชวาล, พัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ และอริสรา อยู่รุ่ง. (2561). บทบาทพยาบาลกับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *19*(2), 103 – 110.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.* กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุญชู ศิริจินดากุล และศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ. (2546). การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่แพร่กระจายมาที่ตับ (ตอนที่ 2). *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 47*(1), 47-55.

ประเสริฐ อัสสันตชัย, สิรินทร ฉันศิริกาญจน, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. (2557). *คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ*. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.

พรนภา นาคโนนหัน. (2561). ความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุ: มิติด้านความรู้และการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล, 33*(1), 15-26.

พรนภา นาคโนนหัน, จุฬาลักษณ์ ใจแปง, ณาตยา โสนน้อย และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2563). การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21*(2), 368-376.

พรรณี ไชยวงค์, กนกพร สุคำวัง, โรจนี จินตนาวัฒน์ และณหทัย วงศ์ปการันย์. (2558). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *42*(2), 116-125.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และศุภเสก วิโรจนาภา (บ.ก.). (2563). *คู่มือการดูแลรักษา mhGAP สำหรับโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพทั่วไป ฉบับที่ 2.0*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh-elibrary.org/items/show/248

มนตรี นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36*(1), 219–226.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2565). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจิรา คำบุญเรือง. (2567). *ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Digital Collections (CMUDC). https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:179201

สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน, และรัตนา สายพานิชย์. (2543). การพัฒนา Delirium Rating Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45*(4), 325-332.

สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน, และรัตนา สายพานิชย์. (2544). ความแม่นตรงของ Thai Delirium Rating Scale ฉบับ 6 ข้อประเมิน. *สารศิริราช, 53*(9), 672-677.

สวลี ลือนภา, พูลสุข หิรัญสาย, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, ศิวพันธ์ ยุทธแสน, สุภาพร ทองพันธ์, จุไรพร หมานมา, และวิภาวี ตีรนานุกูล. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการและป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *23*(3), 305-313.

สำนักระบาดวิทยา. (2566). *สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข.

สุคนธ์ทิพย์ กุลประยงค์, พรชัย จูลเมตต์, และกาญจนา พิบูลย์. (2568). ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 17*(1), e273661

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาวดี แก้วสินธุ์. (2566). *ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/83987

สุวรรณา สกประเสริฐ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิตา วิศวาจารย์ และปิติพร สิริทิพากร. (2558). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Delirium ในผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *33*(1), 60-68.

อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง. (2562). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการฟื้นสภาพและภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. TU Digital Collections. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2019/TU_2019_6014032103_10304_12331.pdf

อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และประสิทธิ์ มหาวงศ์ขจิต. (2563). การฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21*(2), 203-212.

เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2564). ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ: การพยาบาลเพื่อป้องกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, *20(1)*, 11-22.

เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์, พรนภา นาคโนนหัน, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, วัชระ วิไลรัตน์, และปิ่น ศรีประจิตติชัย. (2563). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงก่อนผ่าตัดต่อการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, *73*(4), 231-242.

Aldecoa, C., Bettelli, G., Bilotta, F., Sanders, R. D., Audisio, R., Borozdina, A., Cherubini, A., Jones, C., Kehlet, H., MacLullich, A., Radtke, F., Riese, F., Slooter, A. J., Veyckemans, F., Kramer, S., Neuner, B., Weiss, B., & Spies, C. D. (2017). European society of anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *European Journal of Anaesthesiology*, *34*(4), 192–214. https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000594

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). British Library.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Aranake-Chrisinger A., & Avidan, M.S. (2017). Postoperative delirium portends descent to dementia. *British Journal of Anaesthesia, 119*(2), 285-288.

Bellelli, G., Morandi, A., Di Santo, S. G., Mazzone, A., Cherubini, A., Mossello, E., Bo, M., Bianchetti, A., Rozzini, R., Zanetti, E., Musicco, M., Ferrari, A., Ferrara, N., Trabucchi, M., & Italian Study Group on Delirium (ISGoD) (2016). "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients

using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Medicine*, *14*, 106. https://doi.org/10.1186/s12916-016-0649-8

Bodenheimer, T. S., & Smith, M. D. (2013). Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Aff (Millwood)*, 32(11), 1881-1886. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0234

Centeno, C., Sanz, A., & Bruera, E. (2004). Delirium in advanced cancer patients. *Palliative Med*icine, 18(3), 184-194. https://doi.org/10.1191/0269216304pm879oa

Chen, C. C., Li, H. C., Liang, J. T., Lai, I. R., Purnomo, J. D. T., Yang, Y. T., Lin, B. R., Huang, J., Yang, C. Y., Tien, Y. W., Chen, C. N., Lin, M. T., Huang, G. H., & Inouye, S. K. (2017). Effect of a modified hospital elder life program on delirium and length of hospital stay in patients undergoing abdominal surgery: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, *152*(9), 827–834. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.1083

Chen, T. J., Traynor, V., Ho, M. H., Chang, H. R., Rolls, K., Pratt, H., & Chiu, H. Y. (2024). Effects of simulation-based education module on delirium care in undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse education in practice*, *74*, 103852. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103852

Chinn S. (2000). A simple method for converting an odds ratio to effect size for use in meta-analysis. *Statistics in Medicine*, *19*(22), 3127–3131. https://doi.org/10.1002/1097-0258(20001130)19:22<3127::aid-sim784>3.0.co;2-m

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cole, C. S., Williams, E. B., & Williams, R. D. (2006). Assessment and discharge planning for hospitalized older adults with delirium. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, *15*(2), 71-76.

Deeken, F., Sánchez, A., Rapp, M. A., Denkinger, M., Brefka, S., Spank, J., Bruns, C., von Arnim, C. A. F., Küster, O. C., Conzelmann, L. O., Metz, B. R., Maurer, C., Skrobik, Y., Forkavets, O., Eschweiler, G. W., Thomas, C., & PAWEL Study Group (2022). Outcomes of a delirium prevention program in older persons after elective surgery: A stepped-wedge cluster randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, *157*(2), e216370. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6370

Fick, D. M., Steis, M. R., Waller, J. L., & Inouye, S. K. (2013). Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine*, *8*(9), 500–505. https://doi.org/10.1002/jhm.2077

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, *12*(3), 189–198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fong, T. G., Tulebaev, S. R., & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature reviews. Neurology*, *5*(4), 210–220. https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24

Galanakis, P., Bickel, H., Gradinger, R., Von Gumppenberg, S., & Förstl, H. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: incidence, risk factors and complications. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(4), 349–355. https://doi.org/10.1002/gps.327

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, *29*(4), 368–375. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009

Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A., & Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213-225. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012

Grossi, C. M., Richardson, K., Fox, C., Maidment, I., Steel, N., Loke, Y. K., Arthur, A., Myint, P. K., Campbell, N., Boustani, M., Robinson, L., Brayne, C., Matthews, F. E., & Savva, G. M. (2019). Anticholinergic and benzodiazepine medication use and risk of incident dementia: a UK cohort study. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 276. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1280-2

Hatta, K., Kishi, Y., Wada, K., Odawara, T., Takeuchi, T., Shiganami, T., Tsuchida, K., Oshima, Y., Uchimura, N., Akaho, R., Watanabe, A., Taira, T., Nishimura, K., Hashimoto, N., Usui, C., & Nakamura, H. (2014). Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2453 inpatients: a prospective observational study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(3), 253-262. https://doi.org/10.1002/gps.3999

Hebert C. (2018). Evidence-based practice in perianesthesia nursing: application of the american geriatrics society clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. *Journal of Perianesthesia Nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, *33*(3), 253–264. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.011

Hoch, J., Bauer, J. M., Bizer, M., Arnold, C., & Benzinger, P. (2022). Nurses' competence in recognition and management of delirium in older patients: development and piloting of a self-assessment tool. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 879. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03573-8

Hussain, A., Asif, M., Jameel, A., & Hwang, J. (2019). Measuring OPD Patient Satisfaction with Different Service Delivery Aspects at Public Hospitals in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2340. https://doi.org/10.3390/ijerph16132340.

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Travison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *175*(4), 512–520. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779

Iglseder, B., Frühwald, T., & Jagsch, C. (2022). Delirium in geriatric patients. Delir bei geriatrischen Patienten. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, *172*(5-6), 114–121. https://doi.org/10.1007/s10354-021-00904-z

Inouye S. K. (2006). Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*, *354*(11), 1157–1165. https://doi.org/10.1056/NEJMra052321

Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M., Jr. (2000). The hospital elder life program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life

Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x

Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Jr, Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., & Cooney, L. M., Jr (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, *340*(9), 669–676. https://doi.org/10.1056/NEJM199903043400901

Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., & Pompei, P. (1996). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine, 13*(4), 234–242. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00073.x

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, *113*(12), 941–948. https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2006). Delirium in elderly people. *The Lancet*, *367*(9510), 912-922. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68855-8

Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet, 383*(9920), 911-922.

Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hooft, L., Mattace-Raso, F., Mosk, C. A., & van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1095-1117. https://doi.org/10.2147/cia.S201323

Jin, Z., Hu, J., & Ma, D. (2020). Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *British Journal of Anaesthesia*, *125*(4), 492–504. https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063

Joanna Briggs Institute (2010). The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Nursing & Health Sciences*, *12*(3), 288–291. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00548.x

Kanova, M., Sklienka, P., Roman, K., Burda, M., & Janoutova, J. (2017). Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients - a prospective observational study. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the*

University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia, *161*(2), 187-196. https://doi.org/10.5507/bp.2017.004

Kotekar, N., Shenkar, A., & Nagaraj, R. (2018). Postoperative cognitive dysfunction - current preventive strategies. *Clinical Interventions in Aging*, *13*, 2267–2273. https://doi.org/10.2147/CIA.S133896

Kuiper, G. G., Carlsson, B., Grandien, K., Enmark, E., Häggblad, J., Nilsson, S., & Gustafsson, J. A. (2020). Comparison of the ligand binding specificity and transcript tissue distribution of estrogen receptors α and β. *Endocrinology, 138*(3), 863–870.

Kurisu, K., Miyabe, D., Furukawa, Y., Shibayama, O., & Yoshiuchi, K. (2020). Association between polypharmacy and the persistence of delirium: a retrospective cohort study. *BioPsychoSocial Medicine*, *14*, 25. https://doi.org/10.1186/s13030-020-00199-3

Kunprayoung, S., Jullamate, P., & Piboon, K. (2025). Predictive Factors of Postoperative Delirium among Older Adults Undergoing Major Surgery in the Eastern Region of Thailand. *Journal of Nursing and Health Science Research*, *17*(1), e273661.

Le, T. T. H., & Galang Aliswag, E. (2025). *Quality of nursing care, compassionate care and patient satisfaction: A multiple regression in path analysis model*. Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng, 8(01), 17-28. https://doi.org/10.54436/jns.2025.01.940

Lee, J., Yeom, I., Yoo, S., & Hong, S. (2023). Educational intervention for family caregivers of older adults with delirium: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, *32*(19-20), 6987–6997. https://doi.org/10.1111/jocn.16816

LINE Corporation. (2021). *LINE official account: Enhancing healthcare communication and patient monitoring*. LINE Corporation.

Lorenzo, R., Davis, D., Richard, S., Kenny, R. A., & Briggs, R. (2013). Incidence of delirium in older adults admitted to general medical units in Ireland: The Delirium Observation Screening Scale study. *Age and Ageing, 42*(6), 667-672.

Maldonado J. R. (2018). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International Journal of Geriatric psychiatry*, *33*(11), 1428–1457. https://doi.org/10.1002/gps.4823

Marcantonio E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, *377*(15), 1456–1466. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501

Meagher, D. J., O'Hanlon, D., O'Mahony, E., & Casey, P. R. (1996). The use of environmental strategies and psychotropic medication in the management of delirium. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *168*(4), 512–515. https://doi.org/10.1192/bjp.168.4.512

Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, Herridge M, Steinberg M, Granton J, Ferguson N, Tanios M, Dodek P, Fowler R, Burns K, Jacka M, Olafson K, Mallick R, Reynolds S, Keenan S, Burry L; SLEAP Investigators; Canadian Critical Care Trials Group. (2015). Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Critical Care Medicine*, *43*(3), 557–566. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000727

Ministry of Public Health. (2021). *Digital health strategy, Ministry of Public Health (2021–2025)*. Ministry of Public Health.

Mosharaf, P., Alam, K., Ralph, N., & Gow, J. (2022). Hospital costs of post-operative delirium: A systematic review. *Journal of Perioperative Nursing, 35*(2), e14 e26. https://doi.org/10.26550/2209-1092.1165

Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM confusion scale: Construction, validation and clinical testing. *Nursing Research, 45*(6), 324-330

Nie, J., Li, W. J., & Jiang, Z. Y. (2024). Self-efficacy of ICU nurses in delirium care: an analysis of the current status and influencing factors. *BMC nursing*, *23*(1), 773. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02379-w

Oh, E. S., Fong, T. G., Hshieh, T. T., & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA, 318*(12), 1161-1174. https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067

O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A., Young, J., & Guideline Development Group (2011). Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of Internal Medicine*, *154*(11), 746–751. https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006

O'Sullivan, R., Inouye, S. K., & Meagher, D. (2014). Delirium and depression: inter-relationship and clinical overlap in elderly people. *The Lancet. Psychiatry*, *1*(4), 303–311. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70281-0

Panayi, A. C., Friedrich, S., Rühl, J., Schaschinger, T., Niederegger, T., Knoedler, L., Knoedler, S., Rendenbach, C., Treskatsch, S., Harhaus, L., Heiland, M., Orgill, D. P., & Hundeshagen, G. (2025). Delirium after surgery: a retrospective study of predictors, complications, and screening patterns in the national surgical quality improvement program. *EClinicalMedicine*, *90*, 103629. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103629

Phillips L. A. (2013). Delirium in geriatric patients: identification and prevention. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, *22*(1), 9–12.

Piccirillo, A., Perri, F., Vittori, A., Ionna, F., Sabbatino, F., Ottaiano, A., & Cascella, M. (2023). Evaluating nutritional risk factors for delirium in intensive-care-unit patients: Present insights and prospects for future research. *Clinics and Practice*, *13*(6), 1577-1592. https://doi.org/10.3390/clinpract13060138

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, *29*(5), 489–497. https://doi.org/10.1002/nur.20147

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Polit, D. F., & Sherman, R. E. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, *39*(6), 365-369.

Qaddumi, J., Awawdi, K., & Tarabeih, M. (2025). Evaluating the Effectiveness of Educational Intervention on ICU Nurses' Knowledge of Delirium: A Quasi-Experimental Approach. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, *15*(6), 205. https://doi.org/10.3390/nursrep15060205

Rudolph, J. L., Jones, R. N., Levkoff, S. E., Rockett, C., Inouye, S. K., Sellke, F. W., Khuri, S. F., Lipsitz, L. A., Ramlawi, B., Levitsky, S., & Marcantonio, E. R. (2009). Derivation and validation of a preoperative prediction rule for delirium after cardiac surgery. *Circulation*, *119*(2), 229-236. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.795260

Sangboonruang, N., Rattanawimol, C., Songthai, N. (2025). Predicting Factors of Post-Operative Delirium in Abdominal Surgery's Older Adult. Journal of The Royal Thai Army Nurses, *26*(1), 202 – 210.

Scheeren, T. W. L., Belda, F. J., & Perel, A. (2018). The oxygen reserve index (ORI): a new tool to monitor oxygen therapy. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, *32*(3), 379–389. https://doi.org/10.1007/s10877-017-0049-4

Schiemann, A., Hadzidiakos, D., & Spies, C. (2011). Managing ICU delirium. *Current Opinion in Critical Care*, *17*(2), 131–140. https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834400b5

Schub, T. B. (2018). *Delirium: An overview*. EBSCO Publishing.

Scott, M. J., & APSF Hemodynamic Instability Writing Group (2024). Perioperative Patients With Hemodynamic Instability: Consensus Recommendations of the Anesthesia Patient Safety Foundation. *Anesthesia and Analgesia*, *138*(4), 713-724. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006789

Sharmil S, H., Anantharamakrishnan, R., Tr, M., S, K., Reyhan M, M., P., A., Chandran J, A., T, J., & S, J. (2024). Leveraging Inter-Professional Surgical Nurse Led Clinic (SNLC) for Optimal Outcome. *Nursing Journal of India*, CXV(4), 173-180.

Siddiqi, N., Harrison, J. K., Clegg, A., Teale, E. A., Young, J., Taylor, J., & Simpkins, S. A. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD005563. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563.pub3

Somnuke, P., Limprapassorn, P., Srinonprasert, V., Wongviriyawong, T., Suraarunsumrit, P., Morkphrom, E., Sura-Amonrattana, U., Phannarus, H., Choorerk, D., Radtke, F. M., & Chaiwat, O. (2022). The Thai version of the nursing delirium screening scale-Thai: Adaptation and validation study in postoperative patients. *Frontiers in Medicine*, *9*, 956435. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.956435

Sprung, J., Roberts, R. O., Weingarten, T. N., Nunes Cavalcante, A., Knopman, D. S., Petersen, R. C., Hanson, A. C., Schroeder, D. R., & Warner, D. O. (2017). Postoperative delirium in elderly patients is associated with subsequent cognitive impairment. *British Journal of Anaesthesia*, *119*(2), 316-323. https://doi.org/10.1093/bja/aex130

Thomas, N., Coleman, M., & Terry, D. (2021). Nurses' experience of caring for patients with delirium: Systematic review and qualitative evidence Synthesis. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, *11*(1), 164–174. https://doi.org/10.3390/nursrep11010016

Trzepacz P. T. (1999). The delirium rating scale: Its use in consultation-liaison research. *Psychosomatics*, *40*(3), 193-204. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71235-1

Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Kanary, K., Norton, J., & Jimerson, N. (2001). Validation of the delirium rating scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *13*(2), 229–242. https://doi.org/10.1176/jnp.13.2.229

Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., Elseviers, M., & Bossaert, L. (2008). A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: An observational study in non-intubated patients. *Critical Care (London, England)*, *12*(1), R16. https://doi.org/10.1186/cc6790

Wakamura, T., & Tokura, H. (2001). Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, *20*(6), 345–351. https://doi.org/10.2114/jpa.20.345

Wang, L. H., Xu, D. J., Wei, X. J., Chang, H. T., & Xu, G. H. (2016). Electrolyte disorders and aging: Risk factors for delirium in patients undergoing orthopedic surgeries. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1130-0

Wang, Y. Y., Yue, J. R., Xie, D. M., Carter, P., Li, Q. L., Gartaganis, S. L., Chen, J., & Inouye, S. K. (2020). Effect of the tailored, family-involved hospital elder life program on postoperative delirium and function in older adults: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, *180*(1), 17–25. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446

Wheeler, A., Bloch, E., Blaylock, S., Root, J., Ibanez, K., Newman, K., Diarte, J., & Voigt, L. P. (2023). Delirium education for family caregivers of patients in the intensive care unit: A pilot study. *PEC innovation*, *2*, 100156. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100156

Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLullich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews. Disease Primers*, *6*(1), 90. https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *JAMA*, *304*(4), 443–451. https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013

Wong, F. K., & Chung, L. C. (2006). Establishing a definition for a nurse-led clinic: Structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(3), 358–369. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03730.x

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lerttrakarnnon, P., Uttawichai, K., & Jiraniramai, S. (2011). Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Family Practice*, *12*, 65. https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-65

Wu, Z., Huang, Y., Zhang, R., Zheng, C., You, F., Wang, M., Xiao, C., & Li, X. (2024). Sex differences in colorectal cancer: with a focus on sex hormone-gut microbiome axis. *Cell Communication and Signaling: CCS, 22(*1), 167. https://doi.org/10.1186/s12964-024-01549-2

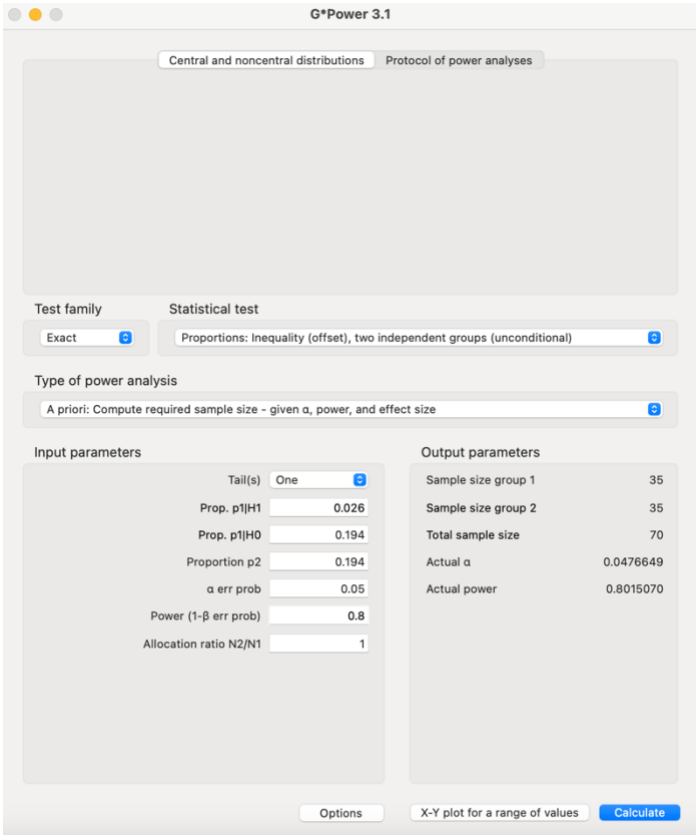
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มประชากร

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power (version 3.1.9.7) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน 4 เรื่อง โดยการใช้ค่าการคำนวณความเสี่ยง (Relative Risk: RR)

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาและมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่กำลังศึกษาโดยใช้ของ Wang et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults A Randomized Clinical Trial พบว่าการเกิดของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลอง (4 ราย จาก 152 ราย, 2.6%) และกลุ่มควบคุม (25 ราย จาก 129 ราย, 19.4%) RR 0.14 (95% CI, 0.05-0.38) โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนด Exact test เลือกใช้การทดสอบ Inequality (offset), two independent groups กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) .05 และค่าอำนาจทดสอบ (1-β) .80 ซึ่งระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับของอำนาจทดสอบ คือ 80 % (รัตน์ศิริ ทาโต, 2565) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มความคุมจำนวน 35 คน



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามแบบสอบถาม (Test) และแบบประเมิน (Checklist)

2.1 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดของมีข้อคำถาม 9 ข้อ

2.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด) มีข้อคำถาม 10 ข้อ

2.3 แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 20 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ประกอบด้วย

3.1 การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

3.2 การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน แก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล ด้วยสื่อการสอนผ่านบัญชีทางการของไลน์ (LINE OA delirium prevent)

3.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

3.4 การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 7 ข้อ

4.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 11 ข้อ

4.3 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) จำนวน 4 ข้อ

4.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ

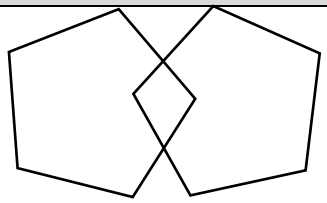
1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ

แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10		
	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	**คะแนน**
1. Orientation for time (5 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร	.....	.....
1.2 วันนี้ วันอะไร	.....	.....
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร	.....	.....
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	.....	.....
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร	.....	.....
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล		
2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ...ชื่อว่าอะไร	.....	.....
2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไร ของตัวอาคาร	.....	.....
2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร	.....	.....
2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	.....
2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	.....
2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ		
2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร	.....	.....
2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร	.....	.....
2.2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร	.....	.....
2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	.....
2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10	
บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	**คะแนน**
3. Registration (3 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำผมจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะครับ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผมพูดจบให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวผมถามซ้ำ *การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ	
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า ☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รยนต์	
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม? (ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2) 4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไร บอกมา” .... บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2 4.2 “ผมจะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอย หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ” .... ว า น ะ ม	
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ	

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10		
	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	**คะแนน**
6. Naming (2 คะแนน) 6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” 6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”	....	....
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน) “ตั้งใจฟังผมเมื่อผมพูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตามผมจะบอกเพียงครั้งเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไข่”	.....	.....
8. Verbal command (3 คะแนน) “ฟังให้ดีนะเดี๋ยวผมจะส่งกระดาษให้คุณ (ตา, ยาย) แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอบพับ ให้ผู้ถูกทดสอบรับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง)	.....	.....
9. Written command (1 คะแนน) ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่ เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้	.....	.....
10. Writing (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค” ..... ประโยคมีความหมาย	....	....
11. Visuoconstruction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างของภาพตัวอย่าง)		.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10	
บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง	**คะแนน**
	
คะแนนรวม	

จัดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	**คะแนน**	
	จุดตัด	**เต็ม**
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9, 10)
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถม	≤ 22	30

การแปลผล

ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด แสดงว่า เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อพิจารณาตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

หัวข้อประเมิน	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตักเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า 2 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2. ..... 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3. ..... 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1 = ต้องการคนช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง	
4. ..... 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	

หัวข้อประเมิน	คะแนน
3 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. ..... 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำเองได้	
9. .....) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ	
10. ..... 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั้นได้เป็นปกติ	
คะแนนรวม	

การแปลผล

0 - 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

5 –11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

12 - 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุต้องคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 12 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามแบบสอบถาม (Test) และแบบประเมิน (Checklist)

2.1 แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ของมีข้อคำถาม 9 ข้อ

2.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด) มีข้อคำถาม 10 ข้อ

2.3 แบบประเมินความรู้หลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

(ประเมินก่อนหลังผ่าตัด) มีข้อคำถาม 9 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องขวามือตามที่สังเกตอาการ หรือสัมภาษณ์

ข้อมูลผู้ป่วย	ใช่/มีภาวะนั้น	ไม่ใช่/ไม่มีภาวะนั้น
1. 1. อายุ ≥65 ปี		
2. มีประวัติติดสุรา.....		
3.		
4. มีภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัด จากการประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (GDS) มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน		
5.		
6.		
7.		
8. ภาวะทุพโภชนาการ • อัลบูมิน <3.5-5.0 g/dl		
9. การรับประทานยา ≥ 5 ชนิด		

การแปลผล

จำนวนข้อมากจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ (เท่าของผู้สูงอายุปกติ)

1. ภาวะทุพโภชนาการ 5.7 เท่า
2. ความผิดปกติของเชาว์ปัญญาการคิดการรับรู้ 3.5 เท่า
3. ระดับโซเดียมโปแตสเซียมในเลือดไม่สมดุล 3.4 เท่า
4. ระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตรคริต ต่ากว่าเกณฑ์ปกติ 3.2 เท่า
5. การรับประทานยา ≥ 5 ชนิด 2.7 เท่า
6. ภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัด 2.6 เท่า
7. อายุที่เพิ่มขึ้น และประวัติการใช้ยากลุ่ม Anticholinergics และ Benzodiazepines และประวัติติดสุรา 1-1.5 เท่า

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวการณ์ติดสุราในระบบ ICD-10

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีอาการอย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ

1. อาการทน หรือดื้อต่อผลของแอลกอฮอล์ (tolerance to the effects of alcohol) คือ ต้องบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากขึ้นอย่างชัดเจนจึงจะรู้สึกถึงผลของแอลกอฮอล์ที่ต้องการ หรือการไม่รู้สึกถึงผลของแอลกอฮอล์เมื่อบริโภคในปริมาณเดิม

2. อาการขาดสุรา (withdrawal state) คือ เมื่อไม่ได้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือลดปริมาณการบริโภค หรือการที่ต้องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (หรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นที่ออกฤทธิ์คล้ายสุรา) เพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา

3. การคงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปทั้งที่ประสบกับปัญหาจากการดื่ม หรือการดื่มต่อทั้งที่ตระหนัก และคาดการณ์ได้ว่ามีโอกาสสูงในการเกิดปัญหาตามมา

4. การหมกมุ่นกับการดื่มสุรา ซึ่งจะแสดงออกโดยการปฏิเสธไม่ทำ หรือการลดกิจกรรมทางอื่น เนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้เวลาส่วนมากในการหา การดื่ม และการฟื้นจากผลของการดื่มสุรา

5. การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการดื่ม ทั้งเงื่อนไขในการเริ่ม และการหยุดปริมาณการบริโภค โดยมักมีพฤติกรรมในการบริโภคในปริมาณสูง และในระยะเวลานาน หรือล้มเหลวในการพยายามลด หรือควบคุมการดื่ม

6. การมีความต้องการ หรือความปรารถนาในการดื่มสุราอย่างรุนแรง

แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale

แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15)

ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตัวของท่านมากที่สุดในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา

ข้อ	คำถาม	ใช่/ไม่ใช่
1	โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่	ใช่/ไม่ใช่
2	.....	ใช่/ไม่ใช่
3	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่	ใช่/ไม่ใช่
4	.....	ใช่/ไม่ใช่
5	.....	ใช่/ไม่ใช่
6	คุณกลัวว่าอะไรที่ร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่	ใช่/ไม่ใช่
7	.....	ใช่/ไม่ใช่
8	.....	ใช่/ไม่ใช่
9	.....	ใช่/ไม่ใช่
10	คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าคนอื่น ๆ หรือไม่	ใช่/ไม่ใช่
11	คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่	ใช่/ไม่ใช่
12	คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน	ใช่/ไม่ใช่
13	.....	ใช่/ไม่ใช่
14	.....	ใช่/ไม่ใช่
15	คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่	ใช่/ไม่ใช่

การแปลผล

- คำถามข้อที่ 2,3,4,6,8,9,12,12,14,15

  บ่งชี้ว่า มีอาการแสดงของ ภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า "ใช่"

- คำถามข้อที่ 1,5,7,11,13

  บ่งชี้ว่า มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่"

- คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และสูงสุด คือ 15 คะแนน
- คะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาซึมเศร้า

เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเมินหลังผ่าตัด)

มีข้อคำถาม 10 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องขวามือตามที่สังเกตอาการ หรือสัมภาษณ์

ข้อมูลผู้ป่วย	ใช่/มีภาวะนั้น	ไม่ใช่/ไม่มีภาวะนั้น
1. การนอนไม่หลับ		
2.		
3.		
4.		
5. มีระยะเวลาการผ่าตัด > 300 นาที		
6. มีระดับออกซิเจนในเลือด < 95%		
7. มีภาวะ Dehydration		
8.		
9.		
10. มีอาการปวด		

แบบประเมินความรู้ (ก่อน – หลัง)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบถูกหรือผิด

มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	**ใช่**	**ไม่ใช่**
1.	**อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด คือ** 1.1 พูดเรื่อยเปื่อย บางครั้งสับสน โกรธ		
	1.2		
	1.3		
2.	**ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้และเกิดขึ้นถาวรในผู้สูงอายุ**		
3.	**ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด คือ** 3.1 ปัญหามองเห็น การได้ยิน		
	3.2 ปัญหาในการนอนหรือนอนไม่หลับ		
	3.3		
	3.4		
	3.5		
	3.6		
	3.7		
	3.8		
4.	**ผลกระทบที่อาจเกิดตามมาในผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด คือ**		
5.	**การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด คือ** 5.1 การมีสัมพันธภาพและการให้ความรักการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยที่ดีของญาติและครอบครัว		
	5.2		
	5.3		
	5.4		

	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	ใช่	ไม่ใช่
6.	.....		
7.	การใช้ยาสลบในการผ่าตัดไม่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน		
8.	.....		

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ประกอบด้วย

3.1 การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

3.2 การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน แก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล ด้วยสื่อการสอนผ่านบัญชีทางการของไลน์ (LINE OA delirium prevent)

3.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

3.4 การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ โดยการค้นคว้าจากตำรา และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดตามกรอบแนวคิดการพยาบาลเป็นผู้นำคลินิก (Nurse-led clinic) (JBI, 2010) ที่นำมาประยุกต์ใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และมีการนำกรอบความคิดของโปรแกรม Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program: t-HELP (Wang et al., 2020) โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
การเตรียมตัวก่อนการทดลอง	**กิจกรรมฝึกการใช้แบบประเมินใช้แบบประเมิน CAM (Confusion Assessment Method)** ให้กับพยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วย เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะสับสนหลังผ่าตัดมีขั้นตอนดังนี้ 1. เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันให้พยาบาลเข้าใจถึงนิยาม อาการ สาเหตุ และผลกระทบของภาวะนี้ 2. อธิบายโครงสร้างและหลักการของแบบประเมิน CAM ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. ..... 2. ..... 3. ..... 4.	30 นาที
การเตรียมตัวก่อนการทดลอง	**ชี้แจงแนวทางการส่งข้อมูลสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้วิจัย** โดยการใช้ไลน์แอพพิเคชันในการสื่อการหากผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. ..... 2.	
วันที่ 1 ของการทดลอง (ระยะก่อนผ่าตัด)	**1. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด** ได้แก่ 1.1 การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินโดยพยาบาลและลงบันทึกในแบบประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 1.1.1 ..... 1.1.2	10 นาที

ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
	1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พยาบาลเป็นผู้ประเมินโดยใช้ แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ และคณะ, 2563) นำข้อมูลการประเมินความเสี่ยงที่พบปรึกษากับทีมดูแลเพื่อได้รับการรักษาหรือเฝ้าระวังต่อไป	10 นาที
	2. การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน แก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล	
ครั้งที่ 2 (ระยะหลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)	**3. การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง** โดยพยาบาลจะดำเนินการภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและกลับมาหอผู้ป่วย ดังนี้ 3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยประเมินหลังผ่าตัด 3.2 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) .... 3.3 การป้องกันและจัดการตามความเสี่ยงที่สอดคล้องกับผลการประเมินของผู้ป่วยแต่ละรายดำเนินการโดยพยาบาลประกอบด้วย 3.3.1 การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์	

ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
	1) พยาบาลแนะนำชื่อของตนเองและทีมผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทราบ .... 2) การกระตุ้นความทรงจำ..... ..... 3.3.2 การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว (early ambulation) และการลุกออกจากเตียง (out of bed) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยพยาบาลประสานกับนักกายภาพบำบัดร่วมดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย ดังนี้ 1) ..... 2) ..... 3) ..... 4) ..... 5) จัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกที่อาจบ่งชี้ถึงความปวดโดยใช้แนวทางจัดการความปวดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ 6) ..... 7) ..... 3.2.3 การป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คือ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดความสับสน และช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้ 1) ..... 2)	

ระยะเวลา	กิจกรรม	ระยะเวลา
	4. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย..... ..... 4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย..... ..... 4.2 ผู้วิจัยแนะนำให้ญาติผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลทั้ง 3 เรื่อง	
ครั้งที่ 3 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพูดคุย อาการทั่ว ๆ ไปสอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโดยการรับฟังด้วยความตั้งใจ .... 2. ผู้วิจัยแนะนำให้ญาติผู้ดูแลทบทวนเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลทั้ง 3 เรื่อง ได้ในบัญชี..... ..... 3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลโดยการรับฟังด้วยความตั้งใจ 4. ..... 5.	ช่วงเวลา 13.00 – 14.00 น.

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินตัวแปรผลลัพธ์

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 7 ข้อ

4.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 11 ข้อ

4.3 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย (CAM algorithm ฉบับภาษาไทย) จำนวน 4 ข้อ

4.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

คำชี้แจง แบบเก็บข้อมูลผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องและกรอกข้อมูลในช่องว่าง ที่ตรงกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

1. เพศ ชาย ☐ หญิง ☐

2. อายุ_____ปี

3. สถานภาพสมรส โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐

4. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา

☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

5. การใช้เครื่องช่วยการรับรู้

☐ ไม่มี ☐ เครื่องช่วยฟัง ☐ แว่นตา

6. โรคประจำตัว

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ไขมันในเส้นเลือดสูง

☐ โรคตับ ☐ โรคหัวใจ ☐ โรคระบบประสาท

อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยครอบครัว/เดือน (บาท)

☐ ไม่มีรายได้ ☐ น้อยกว่า 5,000

☐ 5,001 – 10,000 ☐ 10,001 - 20,000

☐ 20,001 – 30,000 ☐ > 30,001

8. จำนวนสมาชิกครอบครัวที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน ..... คน

อาศัยอยู่กับ ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร/หลาน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

1. ข้อมูลก่อนผ่าตัด

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

2. ข้อมูลการตัด

การวินิจฉัย ก่อนผ่าตัด.....

การวินิจฉัย หลังผ่าตัด .....

การผ่าตัด .....

วันที่ผ่าตัด..... ระยะเวลาการผ่าตัด ..... นาที

3. ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

การเสียเลือด.....ml และได้รับเลือด.....unit ความดันโลหิตต่ำ.....

อื่นๆ .....

4. วิธีการใช้ยาระงับความปวดรวม

Route	การให้ยา	ชื่อยา/ ขนาด	วันที่/เวลา	จำนวนครั้งที่ได้	ขนาดที่ได้รับ
IV	☐ ต่อเนื่อง ☐ ครั้งเดียว				
อื่น ๆ					

5. การปรึกษานักกายภาพบำบัด ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับในระยะ ☐ ก่อน ☐ หลัง

6. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจำนวน ..... วัน

CAM ฉบับภาษาไทยแบบสั้น (CAM algorithm)

ข้อ	อาการ	ทำเครื่องหมาย √
1	**[เริ่มต้นมีอาการอย่างเฉียบพลัน]** มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตของผู้ป่วยไปจากสภาพเดิมอย่างเฉียบพลันหรือไม่ ☐ **ไม่ใช่**	**ใช่** ☐
2A	**[เสียสมาธิ]** ผู้ป่วยมีปัญหาในการตั้งสมาธิไหม ยกตัวอย่างเช่น วอกแวกง่าย หรือ มีปัญหาในการติดตามคำพูดต่างๆ ☐ **ไม่ใช่**	**ใช่** ☐
2B	**[หากปรากฏหรือผิดปกติ]** พฤติกรรมนี้ขึ้นๆ ลงๆ ตอนสัมภาษณ์ คือ มีแนวโน้มที่จะเป็นๆ หายๆ หรือ เดี๋ยวเป็นมากเดี๋ยวเป็นน้อยไหม? ☐ **ไม่ใช่**	**ใช่** ☐
3–4	**3 [ความคิดไม่เป็นระบบ]** ผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นระบบหรือไม่ต่อเนื่อง เช่น มีการพูดเรื่อยเปื่อย หรือ การสนทนาที่ไม่เชื่อมโยง ความคิดที่ไม่ชัดเจน หรือไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือมีการเปลี่ยนหัวข้อไปมาโดยไม่รู้ล่วงหน้าไหม ☐ **ไม่ใช่**	**ใช่** ☐
	4 [ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป] โดยรวมแล้ว คุณจะให้ระดับของความรู้สึกตัวของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (ให้ระบุ) ☐ **ตื่นดี** [ปกติ]	**ระแวดระวัง** [ตื่นตัวเกินไป, ไวต่อการกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อมมาก, สะดุ้งง่ายมาก] **ซึม** [ง่วง ถูกปลุกให้ตื่นง่าย] **สตูปอร์** [ปลุกให้ตื่นยาก] **โคม่า** [ปลุกไม่ตื่น] **ไม่แน่ใจ**

การวินิจฉัยภาวะเพ้อคลั่งโดยแบบประเมินนี้ต้องปรากฏเครื่องหมาย √ ทุกช่องด้านขวามือ (CAM ให้ผลเป็นบวก)

☐ ใช่ (มี delirium) ☐ ไม่ใช่ (ไม่มี delirium)

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

“โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยพยาบาลเป็นผู้นำ”

<u>คำชี้แจง</u>

1. โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ และกรอกข้อความให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจต่อโครงการ

ระดับ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

รายละเอียด	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1. ฉันได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความห่วงใยเสมือนหนึ่งเป็น					
2. ฉันได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน					
3. พยาบาลเข้าใจในปัญหาของฉันที่มีอยู่					
4.					
5.					
6.					
7. คำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้					
8. พยาบาลให้เวลาฉันในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของฉัน					
9. พยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือความเป็นคนของฉัน					
10.					
11.					
12.					
13. ฉันมั่นใจว่าฉันได้รับบริการที่ดีจากพยาบาล					
14. ฉันได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ					
15.					

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ภาคผนวก ค
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ

October 10, 2024

Dear Anusit Nuchchanat,

Thank you for requesting permission to utilize the Short CAM created by The Hospital Elder Life Program, LLC. Your request is to utilize the Short CAM instrument, in paper form, for research purposes at Samut Prakarn Hospital in Thailand. Your project title is: "Effectiveness of a Nurse-Led Program for the Prevention and Management of Acute Delirium in Elderly Patients Undergoing Major Abdominal Surgery on the Incidence of Acute Delirium, Length of Hospital Stay, and Patient Satisfaction with Nursing Services". The project is investigating the prevalence and factors associated with postoperative delirium in elderly patients undergoing major abdominal surgery and evaluating the effectiveness of a nurse-led intervention program for preventing and managing postoperative delirium. The purpose of this project is to develop evidence-based recommendations that can be applied in clinical practice to improve patient outcomes. The Short CAM will be in the surgical unit used by nurses who are a part of the intervention team preoperatively (within 24 hours of surgery) and postoperatively (daily for up to 7 days or until hospital discharge) in patients 60 years or older undergoing major abdominal surgery. This research project will run from January 2025 through August 2025.

Permission is granted for the above provided that:

1. Permission to use: Short CAM is limited to this research project. Rights do not apply to revised editions and is limited to this individual project for clinical improvement purposes only. The Short CAM can be printed for purposes of this project only and cannot be altered or revised. Materials cannot be distributed for any other use.

2. Proper citation must be given to the Hospital Elder Life Program, LLC, including full acknowledgment of the source:
   Acknowledgement: "Confusion Assessment Method. Copyright 2003, Hospital Elder Life Program, LLC. Not to be reproduced without permission."
   Disclaimer: "No responsibility is assumed by the Hospital Elder Life Program, LLC for any injury and/or damage to persons or property arising out of the application of any of the content at help.agscocare.org."
   "Permission granted by Hospital Elder Life Program, LLC, 2024."

3. Upon completion, any study results to be shared with the Hospital Elder Life Program, LLC via email to agingbraincenter@hsl.harvard.edu.

There is **no fee** for this request. If you have any questions please feel free to contact me at nidus@hsl.harvard.edu.

Thank you,

Molly Mackler
Study Coordinator
Aging Brain Center
Hinda and Arthur Marcus Institute for Aging Research
1200 Centre St,
Boston, MA 02131

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย
ที่ 483/68
วันที่ 23 มี.ค. 2568
เวลา 15.14 น.

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/๕๑

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๑๑๐ ถ.อินทวโรรส
ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๘๙.๑๑๑/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบประเมินภาวะสับสนแคมอัลกอริธึ่ม ฉบับภาษาไทย พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด
๒.แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ๑๕ ข้อ (TGDS-๑๕) และเอกสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นายอนุสิทธิ์ นุชนาท รหัสนักศึกษา ๖๖๔๔๑๐๖ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาระสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน” โดยมีความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะสับสนแคมอัลกอริธึ่ม ฉบับภาษาไทย (CAM Algorithm) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-๑๕) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์ สังกัดภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบประเมินภาวะสับสนแคมอัลกอริธึ่ม ฉบับภาษาไทย (CAM Algorithm) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS-๑๕) มาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณหทัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
E-mail: officepsy๕๔๒๒@gmail.com

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา **สภากาชาดไทย**

บันทึกข้อความ

หน่วยจัดการศึกษา ฝ่ายบริหารวิชาการ โทร. 02-2564092 – 99 ต่อ 1257

ที่ อว 89.109/2568 วันที่ 10 มกราคม 2568

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ด้วย นายอนุสิทธิ์ นุชนาท นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รหัสนักศึกษา 6644106 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มีความประสงค์ขออนุญาตใช้ “เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงก่อนผ่าตัดต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ” จากงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัย คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ในเวชสารแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2563 ปีที่ 73 ฉบับที่ 4 หน้า 231-42

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส)
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

อนุญาต
เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา
เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบดำเนินการ

(ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์)
อธิการบดี
10 มกราคม 2568

งานบัณฑิตศึกษา โทร.02256 4092 ต่อ 1257
ผู้ประสานงาน นายอนุสิทธิ์ นุชนาท โทร 081-1668530

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
สภากาชาดไทย
ที่ 1392/68
วันที่ 06 มี.ค. 2568
เวลา 9.36 น.

ที่ สธ ๐๓๑๙/ ๑๑๗ สถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒)

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

อ้างถึง หนังสือสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ที่ อว ๘๙.๑๑๒/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘

ตามที่ นายอนุสิทธิ์ นุชนาท รหัสนักศึกษา ๖๖๔๔๑๐๖ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้ขออนุญาตใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒) เพื่อใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นั้น

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ยินดีให้ใช้เครื่องมือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai ๒๐๐๒) หากมีการตีพิมพ์ในวารสารจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ เพื่อเผยแพร่สาธารณะต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบุษกร โลหารชุน)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

เรียน - หัวหน้าหน่วยจัดการศึกษา
- นส.นภาลัย เจริญยิ่ง
เพื่อแจ้งให้นักศึกษารับทราบ

(ผศ.ดร.ทัศนีย์ นะแส)
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา
6 มีนาคม 2568

กลุ่มงานวิจัย และเทคโนโลยี ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
โทร. ๐ ๒๐๒๔ ๘๔๘๑ ต่อ ๒๒๑

ภาคผนวก ง
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (information sheet)

โครงการวิจัยที่.....

ชื่อเรื่อง (ไทย) ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) Effectiveness of a Nurse-Led Program for the Prevention and Management of Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Major Abdominal Surgery on the Occurrence of Acute Delirium

ชื่อผู้วิจัย นายอนุสิทธิ์ นุชนาท
ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย
(ที่ทำงาน) 71/1 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
(ที่บ้าน) 236/39 ม.6 ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-7018132 ต่อ 3175 - 3176
โทรศัพท์มือถือ 081-166-8530 E-mail: 6644106@365.stin.ac.th

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล
ที่อยู่ที่ติดต่อ 1873 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-256-4092

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บป่วยระบบทางเดินอาหารและนัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด และมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มารับการผ่าตัดโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว พยาบาล หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการฟื้นตัวของผู้ป่วย การเกิดภาวะนี้อาจนำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวทางป้องกันและจัดการภาวะดังกล่าวโดยเฉพาะที่พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

การพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันโดยพยาบาลเป็นผู้นำ เป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในการประเมิน วางแผน และจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จึงควรได้รับการส่งเสริมความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันภาวะสับเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ได้รับการพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีส่วนช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

<u>วัตถุประสงค์ของการวิจัย</u>

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

<u>รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย</u>

ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ โปรแกรมการวิจัยจะแบ่งกลุ่มอาสาสมัครวิจัยมี ทั้งหมด 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน โดยมีเกณฑ์คัดการคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดตัวอย่างเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ม้าม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ ที่ไม่ใช่การผ่าตัดไส้ติ่ง และการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิดรู้
5. ก่อนผ่าตัดไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว
6. ไม่มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่นโรคทางจิตเวช เป็นต้น
7. มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล

คุณสมบัติในการคัดออก

1. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีการย้ายหอผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด มากกว่า 72 ชั่วโมง หรือย้ายโรงพยาบาล

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. มีความผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น หายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน ภาวะเสียเลือดปริมาณมาก ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อค

4. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องซ้ำ

5. ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

<u>วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย</u>

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย นำเสนอถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ในการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง

2. ผู้วิจัยประสานงานกับทีมพยาบาล และแพทย์ผู้ดูแล เพื่อศึกษาข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่วางแผนการผ่าตัด

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันนัดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำการแนะนำตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการศึกษา ให้ข้อมูลการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและตัดสินเข้าร่วมการวิจัย

<u>กระบวนการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย</u>

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติและผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำหรับการเข้าถึงอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงผู้รับผิดชอบหรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ป่วยในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย

3. เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอม ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยสอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้หรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสายตาและการมองเห็นผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

<u>การป้องกันข้อมูลความลับของอาสาสมัคร</u>

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย**ไม่มีการเปิดเผยข้อมูล**ส่วนบุคคลแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย แบบสอบถามทุกฉบับหลังจากบทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์

<u>กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย</u>

การชี้แจง ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการอธิบายด้วยตนเอง แก่ผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง และมอบ “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย”

ในกรณีที่อาสาสมัครวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยทำการอ่านข้อมูลทั้งหมดให้อาสาสมัครเพื่อการตัดสินใจ กระบวนการในการขอความยินยอมทำการประทับตรานิ้วมือของผู้ป่วยและให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวลงนามเป็นพยาน

หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ซึ่งโครงการวิจัยนี้ใช้เวลาตั้งแต่วันที่รับการรักษาถึงผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

<u>รายละเอียดขั้นตอนของกิจกรรมที่ท่านได้รับ มีดังต่อไปนี้</u>

(ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด)

1. การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

อาสาสมัครวิจัยใช้เวลา รับฟังการอธิบายวัตถุประสงค์ จำนวน 5 ชุด

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการคิด เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

1.4 การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

1.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด

2. **การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด**

2.1 การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันผ่านคลิปวิดีโอ

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 ก่อนการผ่าตัดใช้เวลา 20 นาที

**** ทั้งนี้ท่านจะได้รับการแนะนำ การดูแล การให้การพยาบาล ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล**

(ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล)

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

1.1 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

1.2 การตรวจสอบอาการและสัญญาณของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และให้การดูแลอย่างเหมาะสม

1.3 การป้องกันและจัดการตามความเสี่ยง ได้แก่ การป้องกันและจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ การป้องกันและจัดการด้านร่างกาย และการป้องกันและจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

2. การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

2.1 ให้ญาติเข้าเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การกระตุ้นความทรงจำผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแล อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไม่มีการให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

ครั้งที่ 3 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) ช่วงเวลา 13.00 – 14.00 น.

1. ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการประเมิน และวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ทบทวนดูคลิปวีดีโอ

2. ประเมินความพึงใจบริการพยาบาล

<u>ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น</u>

ในการวิจัยครั้งนี้ **<u>ไม่มีอันตราย</u>** จากการเข้าร่วมโปรแกรม **<u>แต่อาจมีความเสี่ยง</u>**จากการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่สามารถพบได้จากการปฏิบัติกิจกรรม เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะขณะลุกนั่ง สายระบายต่าง ๆ เลื่อนหลุด การพลัดตกหกล้ม จากการนอนนานทำให้การทำงานระบบไหลเวียนเลือดลดลงและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ข้อจำกัดด้านการเจ็บปวด และอุปกรณ์เกี่ยวกับการรักษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักและมีการประเมินความพร้อมก่อนปฏิบัติกิจกรรม**ในช่วงเช้าทุกวัน** จึงดำเนินการปฏิบัติได้ และประเมินตลอดขณะปฏิบัติกิจกรรม และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถ **<u>หยุดการปฏิบัติในครั้งนั้น</u>** เมื่อรู้สึกเหนื่อยหรือมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ มีอาการปวดที่รุนแรง หรือผู้วิจัยประเมินร่างกายและสิ่งแวดล้อมว่าอาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ และปฏิบัติกิจกรรมที่ปลอดภัย จนกว่าจะมีความพร้อมและประเมินร่างกายอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งหากมีอาการผิดปกติดังกล่าว ผู้วิจัยแนวทางในการ**ประสานงานกับแพทย์**หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย รับทราบในการประสานงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด

<u>ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย</u>

ท่าน **ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ** ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเดินทาง หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
6. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
7. ในการคัดกรองอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยทำการประสานงานต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อประเมินอาการและวางแผนการรักษาต่อไป ทั้งนี้เอกสารการลงนามของผู้ป่วยผู้วิจัยจะทำลายทันที
8. การวิจัยนี้ มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ผู้รักษาและการยินยอมจากผู้ป่วย
9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย
10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่
11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
12. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ อาคารสนับสนุน ชั้น 2

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

2. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย โปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ

ชื่อผู้วิจัย นายอนุสิทธิ์ นุชนาท

ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) 71/1 โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

(ที่บ้าน) 236/39 ม.6 ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-7018132 ต่อ 3175 - 3176

โทรศัพท์มือถือ 081-166-8530 E-mail: 6644106@365.stin.ac.th

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้า**ยินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถา**ม โดยกิจกรรม **แบ่งเป็น 4 กิจกรรม** ประกอบด้วย 1) การประเมินเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 3) การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และ 4) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

ข้าพเจ้ามี**สิทธิถอนตัวออก**จากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมุทรปราการ อาคารสนับสนุน ชั้น 2

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ภาคผนวก จ
เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากแหล่งเก็บข้อมูล

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

การวิจัยนี้และเอกสารประกอบของการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว มีความเห็นว่าการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อการวิจัย (ไทย) : ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยพยาบาลเป็นผู้นำ ต่ออัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ชื่อการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Effectiveness of a Nurse-Led Program for the Prevention and Management of Acute Delirium in Elderly Patients Undergoing Major Abdominal Surgery on the Occurrence of Acute Delirium

ผู้วิจัย : 1. นายอนุสิทธิ์ นุชนาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. รศ.ดร.จอนผะจง เพ็งจาด สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
3. ผศ.ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ลงนาม.....
(นายประภากร จำนงประสาทพร)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ลงนาม.....
(นางกัลยา ตีระวัฒนานนท์)
ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

หมายเลขรับรอง : Nq01768
วันที่รับรอง : 19 กุมภาพันธ์ 2568
วันที่รับรองหมดอายุ : 18 กุมภาพันธ์ 2569
หมายเหตุ : กรณีผู้วิจัยขอต่ออายุใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ต้องดำเนินการขอล่วงหน้า 1 เดือน ก่อนหมดอายุใบรับรอง

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. แพทย์หญิงกิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
4. พว.ทิพเนตร งามกาละ	พยาบาลผู้ชำนาญการ (APN) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ช
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง 8 ระดับมาตราวัดตัวแปร

ข้อมูลอยู่ในระดับนามมาตรา (nominal scale) หรืออันดับมาตรา (ordinal scale)

ตัวแปร	ระดับการวัด
เพศ	นามมาตรา (nominal scale)
อายุ	อันดับมาตรา (ordinal scale)
สถานภาพสมรส	นามมาตรา (nominal scale)
ระดับการศึกษา	อันดับมาตรา (ordinal scale)
การใช้อุปกรณ์การรับรู้	นามมาตรา (nominal scale)
โรคประจำตัว	นามมาตรา (nominal scale)
วินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด	นามมาตรา (nominal scale)
ชนิดการผ่าตัด	นามมาตรา (nominal scale)

จากตารางพบว่า ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การใช้อุปกรณ์การรับรู้ โรคประจำตัววินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด และชนิดการผ่าตัด ข้อมูลเป็น ระดับนามมาตรา (nominal scale) และระดับอันดับมาตรา (ordinal scale) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร ตารางการจรณ์แบบ 2 x 2 ขนาดตัวอย่างในแต่ละเซลล์ไม่ควรน้อยกว่า 10 หากขนาดตัวอย่างในเซลล์ใดน้อยกว่า 10 ค่านัยสำคัญของการตรวจสอบสมมุติฐาน ให้ใช้สูตรปรับแก้ไขค่าของเยต (Yate’s Correlation Chi-square) ถ้า เป็นตารางการจรณ์ที่มีจำนวนตารางมากกว่า 2 x 2 ขนาดตัวอย่างในแต่ละเซลล์ไม่ควรน้อยกว่า 5 หากขนาดตัวอย่างในเซลล์ใดน้อยกว่า 5 จำนวนเซลล์ที่มีขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 5 ต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด ค่านัยสำคัญของการตรวจสอบสมมุติฐานให้ใช้วิธี Fisher's ExactTest

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล นายอนุสิทธิ์ นุชนาท

รหัสนักศึกษา 6644106

วุฒิการศึกษา

วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน	มหาวิทยาลัยพะเยา	พ.ศ.2556
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)	สถาบันพระบรมราชชนก	พ.ศ.2565

ประวัติการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

สถานที่ติดต่อ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่อยู่ 71 ถนนจักกะพาก ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ หมายเลขโทรศัพท์ 081-1668530 อีเมล 6644106@365.stin.ac.th