

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใน
ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

กชพนิต จันทร์จิตร

นางสาว กชพนิต จันทร์จิตร

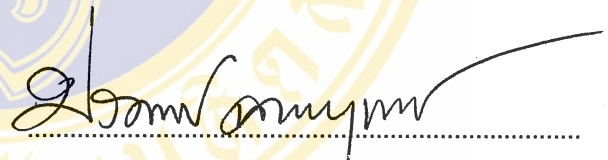
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

พย.ด.

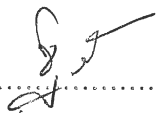
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์



อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

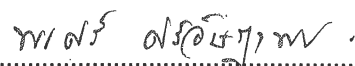


ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

ที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 14 มิถุนายน 2550

กชพนิต จันทร์จิตร

นางสาว กชพนิต จันทร์จิตร

ผู้วิจัย

อรรถพร โตสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรถพร โตสิงห์

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อาจารย์ ดร. ปรังทิพย์ ฉายพุทธ

อาจารย์ ดร. ปรังทิพย์ ฉายพุทธ

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

ปร.ด. (การพยาบาล)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประภาพร จินันทุยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา อาจารย์ ดร. ปรางทิพย์ ฉายพุทธ อาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของสารนิพนธ์นี้ ด้วยความเอาใจใส่ จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ พร้อมกันนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผ.ศ. ดร. นายแพทย์ ปิยะ โตเต็มโชคชัยการ นายแพทย์ วิบูลย์ ชัยยะมงคล อาจารย์ สฤตรัตน์ เตียววานิช และ คุณ จุฬพร ประสงค์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเวชธานีทุกท่านที่ให้โอกาส และ เสียสละในการทำงานแทน เพื่อให้ข้าพเจ้าได้มาศึกษาต่อ ณ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณลุง คุณป้า ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ศึกษาเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่มีค่าต่อผู้ศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และ ทุกท่านที่มีส่วนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

กชพนิต ขันดีจิตร

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร (DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN ELDERLY UNDERGOING GASTROINTESTINAL SURGERY)

กชพนิต ชันดีจิตร 4836902 NSAN / M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ค., ปราณีทิพย์ ฉายพุทธ, ประด. (พยาบาล)

บทคัดย่อ

การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารนี้ พัฒนาจากรูปแบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชุมชน ปี ค.ศ. 2000 ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาทางคลินิก ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน และ แหล่งความรู้สัมพันธ์กับปัญหา จากนั้นนำข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งสรุปประเด็นปัญหา จากนั้นค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง การประเมินคุณภาพงานวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวน 14 งาน เป็นหลักฐานระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 9 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแบบไม่มีการสุ่ม 1 เรื่อง, การศึกษาไปข้างหน้า 7 เรื่อง, การศึกษาย้อนหลัง 2 เรื่อง, และ แนวปฏิบัติทางคลินิก 2 เรื่อง สาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ Thai delirium rating scale (TDRS) มีความไว และ อำนาจในการทำนายสูงเหมาะสมกับบริบทของคนไทย ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบบ่อยได้แก่ มีความพร้อมด้านการรู้คิด, ภาวะการติดเชื้อ, ภาวะ ไม่สมดุลของสารน้ำ และ อิเล็กโทรไลต์ และ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งสามารถป้องกันได้ การให้การพยาบาลในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ส่งผลให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ ลดค่าใช้จ่ายได้ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงระยะที่ 3 คือ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แต่ยังไม่ได้นำไปศึกษานำร่อง ผลการสังเคราะห์ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยง และ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามที่ได้จากการประเมิน แนวปฏิบัตินี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ ร่วมกับการประเมินผลทั้งด้านกระบวนการ และ ผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และ สิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน โดยบูรณาการเข้ากับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กร และ มีการปรับปรุงให้มีความทันสมัยตามงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น และ ควรมีการประเมินกระบวนการ และ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัตินี้ ทั้งในระยะสั้น และ ระยะยาว ร่วมกับการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล / ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด / ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN ELDERLY UNDERGOING GASTROINTESTINAL SURGERY

KOTCHAPANIT KHANTEJIT 4836902 NSAN / M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISOR: SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,

PRANGTIP CHAYAPUT, PhD. (NURSING)

ABSTRACT

This clinical nursing practice guideline (CNPG) for preventing acute delirium in elderly after gastrointestinal surgery was established using the evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000). This CNPG according to this model were problem identification came from 2 types of evidences: clinical problems or practice triggered evidence, and knowledge related to clinical problems or knowledge triggered evidence. Problems from clinical practice and the related evidence based studies searched from selected databases were used to guide the development of CNPG. Evaluation of research quality, scientific merit and feasibility of research results implementation was performed. From 14 evidence – based practice research studies, there were 2 CNPGs, 2 randomized controlled trials, 1 quasi experimental study, 7 cohort studies, and 2 retrospective studies. The instrument used for early detection of postoperative delirium was Thai delirium rating scale (TDRS). The risk factors causing postoperative deliriums were cognitive impairment, infection, electrolyte imbalance, and uncontrolled postoperative pain. EBP was found that most risk factors can be prevented by appropriate planning and effective nursing intervention in order to manage postoperative delirium in the elderly and reduce complications, mortality rates, costs, and length of stay. The summary of findings from those evidence-based studies was used to establish the CNPG including assessment of risk factors for acute postoperative delirium, nursing intervention related to risk level assessment, and control of risk factors. This study was only conducted to phase 3 of the EBP model. The validation of this CNPG was carried out using 3 nursing experts. There was no pilot study.

The recommendations for nursing practice were mentioned. The CNPG should be examined and evaluated for process and outcomes of this CNPG. Application into practice related to organizational culture in order to maintain continuous quality improvement should be done. Evaluation for short and long terms outcomes from this CNPG implementation should be performed using outcome research.

KEY WORDS: DEVELOPMENT / CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE / ELDERLY / POSTOPERATIVE DELIRIUM /
GASTROINTESTINAL SURGERY

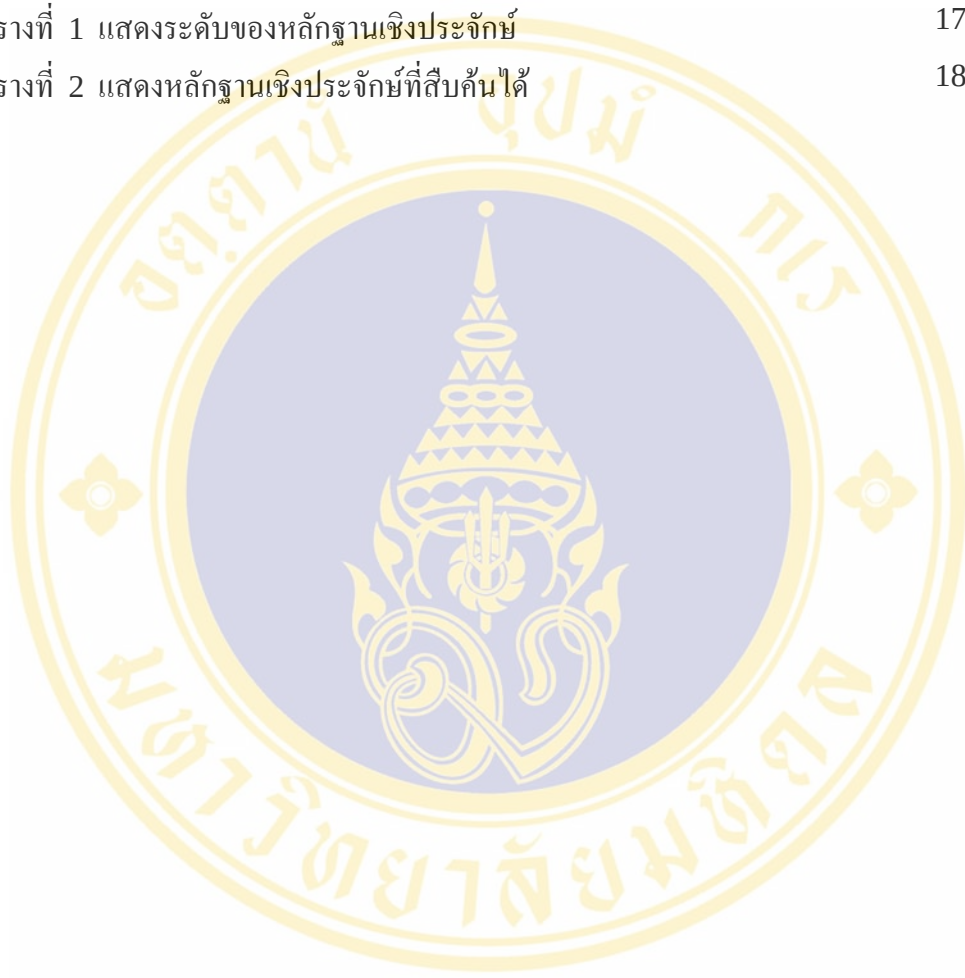
89 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นหลัก	4
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	6
การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	6
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	13
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	20
ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	23
บทที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์	26
บทที่ 4 แผนการดำเนินงาน	33
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	35
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	38
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	48
บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก	66
ประวัติผู้วิจัย	89

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	17
ตารางที่ 2 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	18



สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังการผ่าตัด	12
แผนภูมิที่ 2 แสดงคำสำคัญ ฐานข้อมูลและผลการสืบค้นหลักฐานเชิง ประจักษ์	15
แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดิน อาหาร	30
แผนภูมิที่ 4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ในผู้สูงอายุที่มีความพร่อง ด้านการรู้คิด	31
แผนภูมิที่ 5 การพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ	31
แผนภูมิที่ 6 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์	32
แผนภูมิที่ 7 การพยาบาลเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุ	32
แผนภูมิที่ 8 การพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ	32
แผนภูมิที่ 9 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดิน อาหาร (ฉบับภาษาไทย)	46
แผนภูมิที่ 10 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดิน อาหาร (ฉบับภาษาอังกฤษ)	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นวัยที่ประสบปัญหาทางสุขภาพ มากกว่าวัยอื่นๆ (วันดี โภคะกุล, 2548) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุ ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วย โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 22 เป็นอันดับ 3 รองจากโรคไขข้ออักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541 อังนินจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) นอกจากนี้ จากสถิติของ สถานวิทยามะเร็งศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2548 พบว่ามะเร็งในระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 18.42, และ 21.17 ตามลำดับ ซึ่งพบเป็นอันดับที่ 2 รองจาก มะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วย ด้วยโรคในระบบ ทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษา ด้วยการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้น พบร้อยละ 31 (Lundstrom et al, 2005) และจากข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเวช ธานีระหว่างปี 2547 - 2549 พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี มีจำนวน 778 คน, 978 คน, และ 1,105 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.62 – 8.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่ ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ 208 คน, 236 คน, และ 299 คน ตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 23.8 - 31 ของผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งหมด (สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลเวชธานี)

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง 1.96 โรค / คน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2540) และ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อม กันถึงร้อยละ 70.8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค จะทำ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Inouye, 2003) ดังนั้น บุคลากร ทีมสุขภาพจะต้องตระหนักถึงความสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง (major abdominal surgery) เกิด ภาวะ ไร้ความสามารถร้อยละ 12 – 50 (Lawrence et al, 2004) และ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

70 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 33 (Asher, 2004 ; Amador & Goodwin, 2005) ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, ภาวะคลื่นไส้อาเจียน, ภาวะท้องอืด , เส้นเลือดดำอุดตัน, แผลแยก, และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Lawrence et al, 2004; Lundstrom et al, 2005; Franco, Litaker, Locala, & Bronson, 2001; Ichikawa & Hayashi, 2004)

จากการศึกษาในต่างประเทศภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอุบัติการณ์ร้อยละ 14 - 42 (McCusker, Cole, Dendukuri, Han, & Belzile, 2003; Lundstrom et al, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 6.3 (Oearsakul, 2000) และพบว่า หากผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดจะส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 15 – 50 (Somprakit et al, 2002; Olin et al, 2005)

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติด้านความจำ มีความพร่องในการรับรู้เวลา สถานที่ และ บุคคล สูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้ในสิ่งใหม่ การตัดสินใจ ผิดปกติ ขาดความสามารถในการใช้เหตุผลที่เหมาะสม อาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และสามารถฟื้นหายได้ในระยะเวลาอันสั้นหากได้รับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุได้ (Inouye, 2003; Lundstrom et al, 2005;

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) ภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัด จะส่งผลทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพิ่มขึ้นร้อยละ 73 เช่น การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อได้แก่ ภาวะปอดอักเสบหลังผ่าตัด 14.3 เท่า ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 15 เท่า และไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจสูงถึง 5.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 อัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Franco et al, 2001; Marcantonio et al, 2005; Olin et al, 2005; ลิวรรณ

อุนนาภิรักษ์,2547)

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด นอกจากจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแล และ ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น จากการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วน พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน และ ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 135,758 บาท ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 13 วัน เกิดภาวะติดเชื้อจากการดึงสายสวนปัสสาวะ และ การติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 283,576 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวเกิดจากการที่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายด้าน รวมถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการรายงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 2000 พบว่ามีมากกว่า 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Marcantonio et al, 2005; Olin et al, 2005; Minden et al, 2005)

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน แต่ยังไม่มีความปฏิบัติทางการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยังเป็นการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไป และบุคลากรสุขภาพ ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาในเรื่องภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้สูงอายุมากนักจึงทำให้ดูเหมือนว่าปัญหานี้มักถูกละเลย และไม่ได้ได้รับความสนใจจากบุคลากรสุขภาพเท่าที่ควร หากพิจารณาถึงภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการประเมินปัจจัยเสี่ยง และวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และค้นหาปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนให้การพยาบาลในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 40 – 70 (Olin et al, 2005; Orien, 2002; Ohki, Matsushima, Shibuya, & Sunamori, 2006)

ปัจจุบันสถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ หรือเอกชน มุ่งเน้นการประกันคุณภาพของการให้บริการ แนวทางหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ว่าเป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และทันสมัย คือ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ให้ได้เปรียบในการแข่งขันเชิงธุรกิจ ที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าและต้นทุนในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาลเป็นวิถีทางหนึ่งที่จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการ

พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ให้บริการมีความทันสมัย ได้คุณภาพ และมีความปลอดภัย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550) ดังนั้นการสร้างแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ถือเป็นการสร้างนวัตกรรมจากการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมีมาตรฐาน คุ่มค่า และคุ้มค่า และใช้ในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลได้

ประเด็นหลัก

ลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุ คือ มีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ร่วมกับการได้รับยาหลายชนิด ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ง่าย ซึ่งภาวะนี้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และ อาจก่อให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อ ส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ บุคลากรทีมสุขภาพ ควรตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยง และมีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะเสี่ยงดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับการประเมิน และดูแลแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดที่มีมาตรฐานเดียวกัน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป ตลอดจนบุคลากรวิชาชีพอื่น

3. หน่วยงานมีมาตรฐาน ในการประกันคุณภาพการพยาบาล ในป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ส่งผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในการให้บริการ และสามารถเทียบเคียงได้กับสถาบันการให้บริการสุขภาพชั้นนำของประเทศ



บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนและวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความรู้จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้มาจากการวิจัย ร่วมกับความรู้จากแหล่งอื่นๆ เช่น จากประสบการณ์ในการทำงาน เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล โดยให้มีความเหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งรูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยมีหลายรูปแบบ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน และ ครอบคลุม เน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะของการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ

- 1.1 จากปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered)

- 1.2 จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered)

ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งจะนำมาสรุปเพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะต่อไป

2. ระยะของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) ทั้งจาก งานวิจัย ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติที่มีผู้สร้างไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และ สร้างเป็นแนวปฏิบัติต่อไป
3. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) สามารถประเมินได้ โดยการนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปทำการศึกษานำร่อง (pilot study) แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข จนได้แนวปฏิบัติที่นำไปใช้ได้จริง
4. ระยะที่นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) มีการประเมินผลเป็นระยะ และ นำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาถึงระยะที่ 3 แต่ยังไม่ครบทุกกระบวนการ คือ มีการสร้างแนวปฏิบัติ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งหมด จำนวน 14 ฉบับ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการวางแผนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ตลอดจนมีการกำหนดผลลัพธ์ แต่ยังไม่ได้นำไปทดลองใช้จริง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งนี้ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ระยะที่1. ระยะของการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

1. ปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าในหน่วยงานยังไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามความรู้และ ความชำนาญของพยาบาลแต่ละบุคคล ซึ่งมีความหลากหลาย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆทั่วไป ไม่ได้มีการประเมินที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ หรือเน้นในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแต่อย่างใด ประกอบกับพยาบาลในหน่วยงาน ยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนวิธีการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงยังคงพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้บ่อยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากที่สุดหลังผ่าตัด 1 – 3 วันแรก และมักจะเกิดอาการสับสนในช่วงเวลากลางคืน ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย คือ พุดยุ้ยไม่รู้เรื่อง จำไม่ได้ว่าตนเองอยู่ที่ไหน เอะอะ อาละวาด ปั่นเตียง ดึงสายสวนปัสสาวะ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มจากเตียง และ เกิดภาวะติดเชื้อจากการดึงสายสวนปัสสาวะ ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน ทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดชนิดเดียวกันแต่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 6 วัน ส่งผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า จากค่ายา ค่าห้องพักรวมถึงการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายด้าน อีกทั้งในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม รวมถึงบุคลากรสุขภาพ ยังไม่ตระหนักถึงปัญหานี้มากนัก จึงทำให้ดูเหมือนว่าปัญหานี้มักถูกละเลย และไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรสุขภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการสร้างแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ถือเป็นการสร้างนวัตกรรมจากการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน คุ่มค่า และ คุ่มทุน และใช้ในการประกันคุณภาพการรักษายาบาล

2. จากแหล่งความรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบร้อยละ 14 - 42 (McCusker et al, 2003; Lundstrom et al, 2005) และหลังผ่าตัด มีอัตราสูงถึงร้อยละ 15 - 50 (Somprakit et al, 2002; Olin et al, 2005; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) แต่พยาธิสภาพและสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่

1. ปัจจัยเดิม (Predisposing factors)

1.1 อายุ

กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีเนื้อเยื่อสมองฝ่อลง ทั้งปริมาตรและน้ำหนัก เพราะโปรตีนในสมองลดลง มีสารสีเกิดในไซโตพลาสซึมของเซลล์ประสาท ทำให้เกิดการสะสมของ ไลโปฟิวซิน (lipofuscin) มีผลให้การส่งผ่านกระแสประสาทช้าลง ร่วมกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบโคลิเนอร์จิก (cholinergic system) กล่าวคือมีการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมของระบบการรับรู้สติ และความจำ รวมถึงส่งผลให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง (Inouye, 2003) ประกอบกับ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของระบบประสาทรับความรู้สึก เช่น ตามัวมองเห็นไม่ค่อยชัด จากการแข็งตัวของนิวเคลียสในเลนส์ตา ทำให้ปริมาตรตรงกลางของเลนส์ลดลง และมีความทึบมากขึ้น ทำให้เลนส์มีรูปร่างเปลี่ยนไป ทำให้เกิดภาวะสายตาวาวในผู้สูงอายุ เส้นประสาทออปติก (optic) มีการเสื่อมสลายของ macula ทำให้เกิดปัญหาในการมองเห็น และ มีภาวะหูตึงจากการเปลี่ยนแปลงของรีเซปเตอร์ และมีการสูญเสีย แฮร์เซลล์ (hair cell) ในคลอเคลีย (cochlear) ทำให้การรับข้อมูลไม่ดี (ราตรี สดทรวง และ วีระชัย สิงห์นิยม, 2545) ร่วมกับมีกระบวนการคิดวิเคราะห์ค่อนข้างช้ากว่าวัยอื่นๆ ทำให้อาจมีการแปลความหมายผิด

1.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ดังกล่าวข้างต้นว่าผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Amador & Goodwin, 2005; Flaherty, 2006) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น (Inouye, 2003) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การสังเคราะห์กลูโคสจะลดลง ถ้าน้ำตาลไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจะทำให้สมองหยุดการทำงาน หรือเซลล์สมองตาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความจำและเคลื่อนไหว สับสน หรือ เฉื่อยชาลง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการสังเคราะห์พลังงานในก้อนมะเร็งโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ได้พลังงานลดลง ส่งผลทำให้มีน้ำตาลไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ร่วมกับการสร้างทูเมอร์ เนโครซิส แฟกเตอร์ (tumor necrosis factor, TNF) ที่บริเวณหลอดเลือด สารชนิดนี้จะทำให้น้ำตาลบริเวณที่หลอดเลือดนี้ไปเลี้ยงสมองและตายเนื่องจากขาด

เลือด คลื่นไฟฟ้าสมองจะช้าลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการคล้ายผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น หลงลืมเป็นต้น (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2546) หรือจากพยาธิสภาพของสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ร่วมกับมีความผิดปกติด้านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำให้ผู้สูงอายุมีเชาวิปัญญา และ บุคลิกภาพ ค่อยๆเสื่อมลง สูญเสียการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และ บุคคล ความจำ การคำนวณ อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มี โรคสมองเสื่อมอยู่เดิม (Inouye, 2003) ร่วมกับมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การ ขาดน้ำในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากหลายปัจจัย คือ ดื่มน้ำน้อย ได้รับยาขับปัสสาวะ เหงื่อออกมาก หรือ อาจเกิดจากการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสียรุนแรงจากการใช้ยาละลาย เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือ สับสนได้ (Litaker, Locala, Franco, Bronson, & Tannous, 2001)

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่

2.1 ปัจจัยกระตุ้นภายในตัวผู้สูงอายุ ได้แก่

ปัจจัยด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุมักมีภาวะชืดจากการทำงานของกระเพาะอาหารลดลง ส่งผลให้ขาด อินทรินสิก แฟกเตอร์ (intrinsic factor) ที่ผลิตจากกระเพาะอาหารส่วนบน (fundus) และเป็นสารที่มีความสำคัญ ในการดูดซึมวิตามินบี 12 ที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (ileus) ซึ่งวิตามินบี 12 จะช่วยในการทำงานของ ระบบประสาทส่วนกลาง อาการทางประสาทอาจพบก่อนอาการแสดงของโรคโลหิตจาง มักพบ อาการทางสมอง เช่น หลงลืมง่าย สับสน ซึมเศร้า เป็นต้น (Olin et al, 2005) หรือภาวะชืดที่เกิดจาก การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด ส่งผลทำให้ค่าฮีมาโตคริต (hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ 30 ซึ่ง ฮีมาโตคริต ทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจน เมื่อมีค่าลดลงจะส่งผลทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่างๆ รวมทั้งสมองลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย หลงลืมง่าย (Olin et al, 2005)

ปัจจัยด้านจิตใจ

ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด หรือความวิตกกังวลจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด มีอารมณ์ซึมเศร้า มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และ ร่างกายจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่ง ส่วนใหญ่มักจะใช้กลไกการปรับตัวแบบอัตโนมัติที่ขาดเหตุผล ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง เป็นเหตุให้แสดงพฤติกรรมที่ผู้อื่นเห็นว่าผิดปกติ หรือ สับสน (Inouye, 2003; Meagher, Norton, & Trzepacz, 2006)

นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเกิดความไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ จำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวด หรือยานอนหลับเพิ่ม ทำให้ เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

2.2 ปัจจัยกระตุ้นภายนอกตัวผู้สูงอายุ ได้แก่

ยา

ยาเป็นปัจจัยชักนำที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งพบอย่างน้อยร้อยละ 40 ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งยาที่พบส่วนใหญ่เป็นยาที่มีผลต่อระบบจิตประสาท เช่น ยานอนหลับ, ยาต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic), และ ยาแก้ปวด เป็นต้น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนของยาที่รับประทาน ซึ่งอาจจะเป็นผลข้างเคียงของยาเอง ร่วมกับความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยากันระหว่างยากับยา หรือ ยากับโรค (Inouye, 2003; Pompei, 2003; Amador & Goodwin, 2005; Flaherty, 2006; Meagher et al, 2006) การหยุดยาคะทันหัน เช่น benzodiazepine การใช้ยากล่อมประสาท และ ยาระงับปวดที่มี ฟีนาซีติน (phenacetin) อาจทำให้เกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุได้ง่าย เพราะส่วนมากยามักจะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีอันตรายจากการใช้ยา (adverse drug – reaction) สูงเป็น 2.5 เท่าของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Inouye, 2003; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) กรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด และ ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม นาโคติก (narcotic) เช่น morphine และ pethidine ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มยาต้านโคลิเนอร์จิก ทำให้ยับยั้งการสร้างสารสื่อประสาท ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้ (Somprakit et al., 2002) และการใช้ยาขับปัสสาวะ จะทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ การที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโดยการงดน้ำและอาหารก่อน และ หลังทำการผ่าตัด หากได้รับสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ทดแทนไม่เพียงพอ หรือการได้รับยากล่อมประสาทมากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดสูง อัตราส่วนของโซเดียม ต่อโปแตสเซียมทั้งนอก และ ในเซลล์เป็นเรื่องสำคัญ ความเข้มข้นที่แตกต่างกันระหว่างเยื่อหุ้มเซลล์ และการเคลื่อนที่ของไอออนทั้งสอง เป็นตัวทำให้เกิดความแตกต่างทางศักย์ไฟฟ้า ระหว่างเยื่อหุ้มเซลล์ต่างๆไป รวมทั้งการผ่านคลื่นประสาทของระบบประสาท และ กล้ามเนื้ออีกด้วย อีกทั้งยังช่วยในการรักษาปริมาณ และ ความเข้มข้นของน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการอ่อนเพลีย และ อาจเกิดอาการสับสนได้ (Litaker et al, 2001)

โรคพิษสุราเรื้อรัง

การหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กะทันหัน ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมักจะขาดวิตามินบี 1 ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะสับสนขึ้น และ ความจำเสื่อมโดยเฉพาะความจำใหม่ๆ ขาดความใคร่ครวญ การตัดสินใจไม่เหมาะสม หรือบางครั้งจำคนผิดหลงๆลืมๆ (Pompei, 2003; Amador & Goodwin, 2005)

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ในการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด แพทย์จำเป็นต้องมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ มีการคาสายสวนปัสสาวะ หรือการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆที่ตัวผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลทำ

ให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobility) ทำให้เกิดความไม่สบาย และเกิดความเครียด ส่งผลต่อการนอนหลับที่ผิดปกติ พบว่าประมาณร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye, 2003; Meagher et al, 2006)

มีปัญหานอนหลับ

ผู้สูงอายุที่มีวงจรการนอนหลับผิดปกติ คือ ปริมาณการนอนหลับในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระยะเข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงครึ่ง มีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงกลางคืนสั้น และ มีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงกลางวันนานมากกว่า 2 ชั่วโมง ซึ่งปัญหานอนหลับนี้อาจจะเกิดจากปัจจัยกระตุ้น ด้านความเจ็บปวดแผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เช่น การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ ความเครียด ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ตื่นบ่อยๆในช่วงกลางคืน หลังจากตื่นต้องใช้เวลานานจึงจะสามารถหลับต่อได้ ง่วงซึมในเวลากลางวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ทำให้เกิดภาวะสับสนได้ (Canet et al, 2003; Inouye, 2003; Minden et al, 2005; Meagher et al, 2006)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เช่น การเปลี่ยนห้อง หรือย้ายหอผู้ป่วย การขาดอุปกรณ์บอกเวลา เช่นนาฬิกา ปฏิทินเป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาล ถ้าไม่มีอุปกรณ์ในการบอกเวลา จะทำให้ผู้สูงอายุสับสนว่าขณะนี้ เป็นเวลากลางวัน หรือ กลางคืน หรือเป็นวันที่เท่าไร และ ผู้สูงอายุมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค การผ่าตัดจึงมีความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มากกว่าบุคคลวัยอื่น ดังนั้นหลังผ่าตัด ศัลยแพทย์จึงมักจะส่งผู้สูงอายุไปสังเกตอาการหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกที่แผนกผู้ป่วยหนัก จากนั้นจึงจะย้ายกลับหอผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนหรือย้ายห้องอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนได้ (McCusker et al, 2001; Canet et al, 2003; Minden et al, 2005)

สรุปการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด มักจะเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยส่งเสริม (predisposing factor) หรือปัจจัยชักนำ (precipitating factor) ซึ่งปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ วัยสูงอายุ ภาวะความพร้อมทางความรู้คิด ความพร้อมทางการได้ยินหรือมองเห็น การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง มีความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อหรือยานอนหลับพวก benzodiazepine และปัจจัยชักนำ เช่น ผลจากการใช้ยาประเภทต่างๆ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ภาวะสมองพร่องออกซิเจน การติดเชื้อ การนอนหลับผิดปกติ ความเครียดจากการผ่าตัด ความไม่สบายต่างๆ โดยเฉพาะความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด และ สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล

จากประสบการณ์ในการทำงานสามารถสรุปได้ว่าการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน และเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเพิ่มอุบัติการณ์ตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ทราบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ การให้การพยาบาลในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40 – 70 (Olin et al, 2005; Ohki et al, 2006; Amador & Goodwin, 2005) ปัญหาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และป้องกันปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดอุบัติการณ์ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแล และ อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงควรมีแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารที่มีประสิทธิภาพ และมีการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด ตามมาได้ จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้เข้าใจปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลัง ผ่าตัด และมีงานวิจัยมากเพียงพอที่จะสร้างรูปแบบ หรือแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้

ระยะที่ 2. ระยะของการค้นหา หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ทางคลินิก (Evidence supported phase)

เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการคัดเลือกรงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ในระบบทางเดินอาหาร ประเด็นคำถามที่ต้องการคำตอบ ในการการแก้ไขปัญหามีดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Mental status) รูปแบบใดที่เหมาะสม และ มีประสิทธิภาพในการทำนายการเกิดสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร
2. วิธีการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพป้องกัน และ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีรูปแบบใดบ้าง

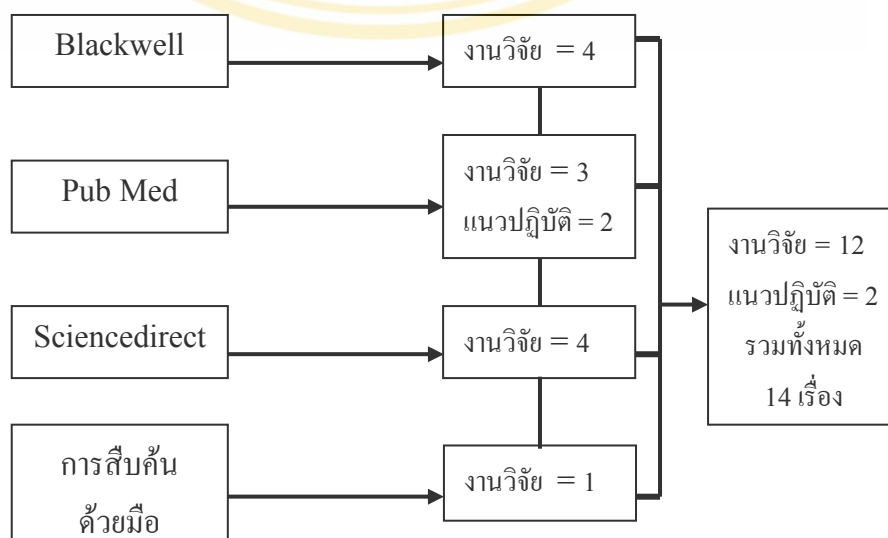
กำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. ศึกษางานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล
2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1999 – 2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

การสืบค้นงานวิจัยเพื่อให้ได้งานวิจัยตรงตามขอบเขตของเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ฐานข้อมูล Blackwell, CINAHL, DARE, Journal link, Medline, Pub Med, OVID, Science Direct ซึ่งได้กำหนดคำสำคัญดังนี้

1. Postoperative delirium and Elderly
2. Postoperative delirium and Guideline
3. Postoperative delirium and Gastrointestinal
4. Postoperative delirium and Risk factor
5. Postoperative delirium and Intervention
6. Postoperative delirium and Prevention
7. Postoperative and Acute confusional state
8. Postoperative delirium and Standard of care
9. Postoperative delirium and Elderly and Risk factor
10. Postoperative delirium and Elderly and Prevention
11. Postoperative delirium and Elderly and Intervention
12. Postoperative delirium and Protocols

นอกจากนี้ยังได้ทำการสืบค้นด้วยมือ และจากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัยที่ได้มา ผลการสืบค้นจากทุกแหล่ง ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 14 เรื่อง ดังแสดงในแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 2 ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพของงานการวิจัย

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550)

1. ขอบเขตและเป้าหมาย (Scope and purpose)

- 1.1 การระบุเป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเฉพาะเจาะจง
- 1.2 แนวปฏิบัติที่นำเสนอ ครอบคลุมประเด็นปัญหาทางคลินิก
- 1.3 มีการระบุผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น

2. บุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement)

- 2.1 คณะทำงานที่สร้างแนวปฏิบัติ รวมบุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ระบุในแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นๆ
- 2.2 การสร้างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ได้นำความคิดเห็นและความชอบของผู้ป่วยเข้ามาพิจารณาด้วย
- 2.3 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการระบุไว้ชัดเจน
- 2.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น มีการนำไปทดลองใช้ก่อนการเผยแพร่

3. ความเข้มงวดในการสร้าง (Rigor development)

- 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ
- 3.2 เกณฑ์ในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุไว้ชัดเจน
- 3.3 วิธีการที่ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก ระบุไว้ชัดเจน
- 3.4 การสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการคำนึงถึง ประโยชน์ ผลข้างเคียง และความเสียหายที่อาจมีได้
- 3.5 มีความเชื่อมโยงระหว่างแนวปฏิบัติที่นำเสนอและข้อมูลสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์
- 3.6 แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนการเผยแพร่
- 3.7 มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation)

- 4.1 แนวปฏิบัติที่นำเสนอมีความจำเพาะเจาะจง และไม่คลุมเครือ
- 4.2 ทางเลือกที่แตกต่างในการจัดการกับเงื่อนไขสถานการณ์ มีการระบุไว้ชัดเจน
- 4.3 ข้อเสนอแนะที่สำคัญๆ ง่ายต่อการเข้าใจ
- 4.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกมีเครื่องมือประกอบในการนำไปใช้

5. การนำไปใช้ (Applicability)

- 5.1 กล่าวถึงอุปสรรคที่อาจมีได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5.2 กล่าวถึงค่าใช้จ่ายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

6. ความมีอิสระในการสร้าง (Editorial independence)

6.1 แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นอิสระจากแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน (มิได้สร้างเพื่อให้ประโยชน์แก่นายทุน)

6.2 ความขัดแย้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวปฏิบัติของคณะทำงาน ได้มีการระงับไว้

การประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550)

1. คำถามการวิจัยมีการระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
2. การเลือกและลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไร
3. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันก่อนทดลองหรือไม่ ถ้าไม่เหมือน มีการวิเคราะห์ปรับความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มหรือไม่
4. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลเหมือนกัน ยกเว้นโปรแกรมการทดลองที่ใช้หรือไม่
5. โปรแกรมการทดลองคืออะไร และกลุ่มควบคุมได้รับอะไร
6. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหรือไม่ (randomization) ถ้าใช่ใช้วิธีใด
7. ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมใช่หรือไม่ (double - blind)
8. ระยะเวลาในการวิจัยเหมาะสมหรือไม่
9. ผู้ป่วยและบริบทของการวิจัยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยในหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้หรือไม่
10. ผลของการให้โปรแกรมทดลองได้ผลดีใช่หรือไม่
11. โปรแกรมการทดลองเมื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นแล้ว มีความคุ้มค่าใช่หรือไม่

การประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงบรรยาย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550)

1. การระบุความสำคัญของปัญหาทางคลินิก และที่มาของคำถามการวิจัยมีความชัดเจนหรือไม่
2. วิธีการวิจัยที่ใช้มีความเหมาะสมหรือไม่
3. การเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ระบุไว้ชัดเจนหรือไม่
4. การเก็บข้อมูลใช้วิธีใด และให้รายละเอียดเพียงพอหรือไม่

5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีใด และมีการควบคุมคุณภาพอย่างไร
6. ผลงานวิจัยเชื่อถือได้หรือไม่ ถ้าใช่ ผลของการวิจัยมีความสำคัญกับการพยาบาลหรือไม่
7. ข้อสรุปจากงานวิจัยคืออะไร และได้มาจากผลของการวิจัยใช่หรือไม่

หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ต้องการแล้ว ผู้ศึกษาได้ประเมิน ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแบบประเมินของมิวนิก และ ไฟน์เอาท์ (Melnik & Fineout, 2005) ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับความ น่าเชื่อถือของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับที่ 1	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือ วิเคราะห์ อภิธาน (meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือ หลักฐานจากแนวปฏิบัติ ที่มาจากการทบทวน งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs)
ระดับที่ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (randomized controlled trial)
ระดับที่ 3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มี การสุ่ม (nonrandomized controlled trial)
ระดับที่ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort study) หรือการ วิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ (case-control analytical studies) ที่เป็นกลุ่ม งานวิจัยหรือจากแหล่งศึกษามากกว่า 1 แหล่ง
ระดับที่ 5	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรือ เชิงคุณภาพ (systematic review of descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 6	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 7	หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือ รายงานการประชุมของ ผู้เชี่ยวชาญ (opinion of authorities and /or reports of expert committees)

ตารางที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ลำดับที่	ชื่อเรื่อง	รูปแบบการวิจัย	ระดับงานวิจัย
1	Mental state change after general and regional anesthesia in adults and elderly patients, a randomized clinical trial. (Somprakit et al, 2002)	งานวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มเปรียบเทียบ กับกลุ่มควบคุม	2
2	Recovery characteristics and post operative delirium after long duration laparoscope - assisted surgery in elderly patients: propofol- based vs. sevoflurane- based anesthesia (Nishikawa et al, 2004)	งานวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มเปรียบเทียบ กับกลุ่มควบคุม	2
3	An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. (Tabet et al, 2005)	งานวิจัยเชิงทดลองแบบ มีการเปรียบเทียบกับกลุ่ม ควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม	3
4	An evaluation strategy for the early detection of postoperative delirium (Ohki et al, 2006)	การศึกษาไปข้างหน้า	4
5	Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. (Canet et al, 2003).	การศึกษาไปข้างหน้า	4
6	Early detection of postoperative delirium and confusion in a surgical ward using the NEECHAM confusion scale (Matsushita et al , 2004)	การศึกษาไปข้างหน้า	4
7	Outcome of older people admitted to postacute facilities with delirium. (Marcantonio et al, 2005)	การศึกษาไปข้างหน้า	4
8	Postoperative delirium in elderly patients after major abdominal surgery. (Olin et al, 2005)	การศึกษาไปข้างหน้า ในระยะยาว	4
9	Preoperative risk factors for postoperative delirium. (Litaker et al, 2001)	การศึกษาไปข้างหน้า	4
10	A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirium patients. (Lundstrom et al, 2005)	การศึกษาไปข้างหน้า	4
11	Environtmental risk factors for delirium in hospitalized older people. (McCusker et al, 2001)	การศึกษาย้อนหลัง	4
12	The cost of delirium in the surgical patient.(Franco et al, 2001)	การศึกษาย้อนหลัง	4

จากการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ได้มาจากการวิจัยระดับ 4 จำนวน 9 ฉบับ ซึ่งเป็นการศึกษาจากเหตุไปสู่อุบัติ ซึ่งเหมาะในการศึกษาติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เพื่อที่จะหาวิธีการให้การพยาบาล เพื่อช่วยลด และป้องกันปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว งานวิจัยระดับ 3 จำนวน 1 ฉบับ งานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 ฉบับ และ แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 ฉบับ

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการป้องกัน และ การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ โพลิต และ แบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)

1.1 งานวิจัยนั้นๆตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดหรือไม่

1.2 งานวิจัยนั้นๆสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลในเรื่องต่างๆ
เหล่านี้

ได้หรือไม่

1.3 งานวิจัยนั้นๆได้มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่
ต้องการแก้ไขหรือไม่

1.4 งานวิจัยนั้นๆพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาดตาม
ขอบเขต

การปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่

1.5 กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถนำมาใช้จริงทางคลินิกหรือไม่

2. การมีความหมายในเชิงศาสตร์ (Scientific merit)

2.1 มีความแม่นยำในเชิงศาสตร์ ใช้ฐานคิดที่มีเหตุผล

2.2 มีความหมาย และ ความสำคัญทางคลินิก

2.3 มีความน่าเชื่อถือ

2.4 ไม่มีข้อจำกัด หรือ มีข้อจำกัดน้อย

3. แนวโน้มที่นำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

3.1 การเทียบเคียงผลงานวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงการนำผลการวิจัยหรือนวัตกรรมที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในสถานการณ์ทางคลินิก ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ ในด้านปรัชญาของการดูแล ลักษณะของผู้ป่วย บุคลากรในหน่วยงาน

งบประมาณ โครงสร้างและการบริหาร เป็นต้น ถ้ามีความสอดคล้องกัน ความเหมาะสมในการนำไปใช้ก็จะมากตามไปด้วย

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) จะมุ่งเน้นที่ความพร้อมของบุคลากรและแหล่งประโยชน์บรรยาการขององค์กร และความช่วยเหลือจากภายนอก โดยเน้นพยาบาลสามารถควบคุมหรือมีส่วนร่วมในการจัดการกับสถานการณ์ของการนำสิ่งใหม่เข้ามาใช้ในหน่วยงานได้หรือไม่ ถ้าพยาบาลไม่สามารถจัดการได้ทั้งหมด ต้องขอความร่วมมือจากบุคลากรฝ่ายอื่นซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการที่ดีขึ้น

3.3 ความคุ้มค่า (Cost – benefit ratio) การประเมินที่สำคัญในการนำนวัตกรรมหรือผลงานวิจัยไปใช้ที่มองข้ามไม่ได้เลยคือ ความคุ้มค่า ซึ่งต้องคำนึงถึงหลายกลุ่มบุคคล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแล และองค์กรในภาพรวม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุด ซึ่งต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ถ้าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมมีผลข้างเคียงน้อยหรือลดความเสี่ยงลงจากเดิมได้มาก หรือน่าจะช่วยลดความเสี่ยงได้มากเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการที่ใช้อยู่เดิม นวัตกรรม นั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ แต่ถ้าการลดความเสี่ยงมีระดับต่ำ แต่มีผลข้างเคียงมาก นวัตกรรมนั้นอาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ หรือไม่มีประสิทธิภาพมากพอในการยอมรับเพื่อการประยุกต์ใช้ ถ้าพิจารณาแล้วประโยชน์และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความใกล้เคียงกัน

สรุปสาระหลักที่ได้จากงานวิจัย

จากการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์หลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาคผนวก) ได้ข้อสรุปในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ดังนี้

1. การประเมิน

1.1 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ Thai delirium rating scale (TDRS) และ Thai mental status examination (TMSE) มีความไว และ อ่อนไหวในการทำนายสูง สามารถค้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัด และมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย เนื่องจากแบบประเมินเป็นภาษาไทย ทำให้สะดวกและง่ายต่อการใช้งาน ค่าคะแนนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

คือ เมื่อค่าคะแนนความรู้สึกตัวอยู่ในระดับต่ำกว่า 24 คะแนน แสดงว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติด้านการรู้คิดซึ่งเป็นอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินระดับความรู้สึกตัวจึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ช่วยลดภาวะ แทรกซ้อน อัตราการตาย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ ลดค่าใช้จ่ายได้ (Somprakit et al, 2002; Tabet et al, 2005; Lundstrom et al, 2005; Nishikawa, Nakayama, Omote, & Namiki, 2004; Ohki et al, 2006; Matsushita et al, 2004)

- 1.2 การประเมินความรู้คิด (Cognitive state) ของผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดจะเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุได้ (Ohki et al, 2006)
- 1.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุจะต้อง ประเมินความรุนแรงของโรคร่วม และ จำนวนของโรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการดูแลหลังผ่าตัด จะช่วยลดจำนวนวันนอนและ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Franco et al, 2001)
- 1.4 การใช้เครื่องมือ NEECHAM Confusion scale (NCS) ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความไว และมีความเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุ (Matsushita et al, 2004)

2. การป้องกันปัจจัยเสี่ยง

- 2.1 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี และได้รับยาระงับอาการปวด เช่น กลุ่ม narcotic drug (Somprakit et al, 2002)
- 2.2 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง ต้องเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง คือ อายุ > 65 ปี มีภาวะช็อค ค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 30 หรือสูญเสียเลือด จนต้องได้รับเลือดทดแทน ได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Olin et al, 2005)
- 2.3 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง จะต้องเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้สูงอายุที่ใช้ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ DRS จะทำให้สามารถค้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ช่วยลดภาวะ แทรกซ้อน อัตราการตาย และ จำนวนวันที่นอนของผู้สูงอายุ ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ (Nishikawa et al, 2004)
- 2.4 การส่งเสริมการนอนหลับภายหลังผ่าตัด จะเป็นการช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุได้ (Ohki et al, 2006)

- 2.5 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Franco et al, 2001)
- 2.6 การเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่พบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้แก่ระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 3 mmol / dl หรือมากกว่า 6 mmol / dl, ระดับโซเดียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 130 mmol / dl หรือมากกว่า 156 mmol / dl และ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดน้อยกว่า 60 mg / dl หรือมากกว่า 300 mg / dl (Litaker et al, 2001)
- 2.7 การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่อายุ > 75 ปี มีปัญหาการนอนหลับ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะขาดน้ำ ได้รับการกระตุ้นประสาทรับสัมผัสมากเกินไป และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Canet et al, 2003)
- 2.8 การเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุที่นอนรักษาตัวนาน มีการเปลี่ยนย้ายห้องหรือหอผู้ป่วย การที่ไม่มีนาฬิกา หรือ ปฏิทินในห้อง การผูกมัดโดยเครื่องมือทางการแพทย์ การที่ไม่มีแวนสายตา และ ระดับของการได้รับสิ่งกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป (McCusker et al, 2001)
- 2.9 การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้ดูแลลดลง และ การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล (Lundstrom et al, 2005)
- 2.10 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง และ การดูแลเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (Tabet et al, 2005)

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Evidence observed phase)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดนำมาสังเคราะห์ และ สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารต่อไป

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ภายหลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร นำแนวปฏิบัติที่ได้ตรวจสอบความเที่ยง และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร 1 ท่าน
- ศัลยแพทย์ทางเดินอาหาร 1 ท่าน
- พยาบาลแผนกศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ท่าน

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีความครอบคลุม แต่ยังขาดความชัดเจนในส่วน of แผนภูมิที่ 2 หากแยกแผนภูมิของการพยาบาล เพื่อป้องกันแต่ละปัจจัยออกจากกัน จะทำให้เกิดความชัดเจน และสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติจริงทางคลินิก
2. ภาคผนวกที่ 1 การใช้เครื่องมือ TDRS ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีความครอบคลุม แต่ยังขาดความชัดเจน ควรแก้ไขดังต่อไปนี้
 - 2.1 ชื่อหัวข้อแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่จากการอ่านข้อมูลที่ได้มาจากการสอบถามญาติ และผู้สูงอายุ ควรเปลี่ยนหัวข้อเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน
 - 2.2 คำถามข้อที่ 6 ภาวะการรู้คิดขณะประเมินในส่วนของการรับรู้วันเวลาสถานที่ ในส่วนของเวลา คำถามควรเปลี่ยนเป็น เช้า กลางวัน กลางคืน หรือ กลางวัน กลางคืน เนื่องจากหากบอกเป็นตัวเลขอาจประเมินไม่ได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลัน
 - 2.3 คำถามข้อที่ 6 ภาวะการรู้คิดขณะประเมินในส่วน of ความสามารถทางภาษา ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน จะต้องมีความสามารถในการเขียน และ อ่านหนังสือได้ เป็นข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเขียน และ อ่านหนังสือ หรือมีความพร่องในการมองเห็น
 - 2.4 การใช้คำถามสำหรับผู้สูงอายุควรจะชัดเจน เข้าใจง่าย เพราะเครื่องมือนี้หากอธิบายให้เข้าใจได้ชัดเจน จะเป็นประโยชน์มาก
3. ภาคผนวกที่ 2 การประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน The Barthel index of activities daily living มีความครอบคลุม แต่อาจจะไม่

เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เช่น การประเมินความสามารถในการเดินขึ้นบันได และ ส่วนใหญ่มักจะพบว่า มีการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู หากไม่จำเป็นเห็นควรให้ตัดออกได้

4. ภาคผนวกที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความครอบคลุมสอดคล้องกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แต่ยังขาดความชัดเจน ควรแก้ไขดังต่อไปนี้

- 4.1 ในส่วนการประเมินการรับประทานยา > 3 ชนิด ชนิดของยาที่รับประทานมีผลข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น หากยาทั้ง 3 ชนิดเป็นวิตามิน หรือ เป็นยาที่มีผลทำให้ง่วง อาจมีผลกับความเสี่ยงที่ประเมินได้

- 4.2 ควรระบุใช้ $T > 38^{\circ}\text{C}$ ในปัจจัยเสี่ยงด้าน ภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ / ทางเดินปัสสาวะ

5. ภาคผนวกที่ 4 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อ มีความครอบคลุม ควรเพิ่มลักษณะของสิ่งคัดหลั่ง ที่ออกจากแผลผ่าตัด ที่แสดงถึงภาวะติดเชื้อ เช่น หนอง

6. ภาคผนวกที่ 5 การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ยังไม่ครอบคลุม ควรเพิ่มข้อมูลในการพยาบาลดังต่อไปนี้

- 6.1 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำนอกจากติดตามค่าซีโตนในปัสสาวะแล้ว ยังสามารถดูได้จาก ค่าความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะ ค่าบียูเอ็น / ครีเอตินิน เป็นต้น

- 6.2 ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำ เนื่องจากโปแตสเซียมคลอไรด์ (KCl) เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) หากสารน้ำมีส่วนผสมของ KCl ควรใช้เครื่องควบคุมอัตราการหยด โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ความเข้มข้น $\geq 30 \text{ mEq}$

- 6.3 ในการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง นอกจากแพทย์จะรักษาด้วยการ ให้ยาขับปัสสาวะแล้ว ยาที่นิยมนรักษาภาวะนี้ ได้แก่ kayexalate + sorbital และ 50 % glucose + regular insulin ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ควรเพิ่มการพยาบาลในกรณีให้ยาดังกล่าว

7. ภาคผนวกที่ 6 การพยาบาลเพื่อ จัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการประเมินผล หลังจากให้ยา เนื่องจากทางที่ให้ยา มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาด้วย เช่น ยารับประทาน ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ หรือเส้นเลือดดำ เป็นต้น และ เพิ่มการให้การพยาบาล กรณีที่ประเมินระดับความรู้สึกตัว แล้วได้คะแนน = 2 เนื่องจากยังไม่เห็นบทบาทของการพยาบาลก่อนรายงานแพทย์

8. ภาคผนวกที่ 7 แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีความครอบคลุม ในส่วนข้อที่ 2 และข้อที่ 4 ควรนำมา รวมเป็นข้อเดียวกันคือ “ท่านคิดว่าการพยาบาลที่ท่านได้รับมีประโยชน์ และ ควรนำไปใช้ กับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ด้วย”
9. ภาคผนวกที่ 8 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบ ทางเดินอาหาร มีความครอบคลุม ในส่วนข้อที่ 2 และข้อที่ 4 ควรนำมารวมเป็นข้อเดียวกัน คือ “ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่อง และมี คุณภาพ” และ ในข้อที่ 3 ควรปรับการเขียนเป็น “สามารถใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ จริง”

บทที่ 3

การวิเคราะห์และสังเคราะห์

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวน 14 งาน ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 ฉบับ, งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบ เทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ฉบับ, การศึกษาไปข้างหน้า จำนวน 7 ฉบับ, การศึกษาย้อนหลัง 2 ฉบับ, และ กรณีศึกษา 1 ฉบับ นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์ ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกัน และ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

คำจำกัดความ (Definition)

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความพร้อมของกระบวนการรู้คิดโดยมีลักษณะที่สำคัญ คือความจำเสื่อม มีความพร้อมในการรับรู้เวลา สถานที่ และ บุคคล สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ การตัดสินใจและ การใช้เหตุผล อาการจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสามารถฟื้นหายได้ ในระยะเวลาอันสั้น หากได้รับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นต้นเหตุได้ (Lundstrom et al, 2005; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

กลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารที่เป็นกรณีนัดผ่าตัด (elective case) ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง และ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเข้าเกณฑ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. มีอายุ ≥ 60 ปี ที่.....
2. มีความพร้อม..... (ภาคผนวกที่ 1)

3. มีความพร้อมของการรับรู้ เช่น.....
 การมองเห็นประเมินด้วยวิธี (Bickley & Szilagy, 2003)
 การได้ยินประเมินด้วยวิธี..... (Bickley & Szilagy, 2003)
4. มีความเจ็บป่วยเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วมด้วย ได้แก่
5. ได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่ม.....
6. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่
7. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่
8. มีปัญหาการนอนหลับ คือ (วราภา แหลมเพ็ชร, 2544)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุ.....
2. พยาบาล.....
3. หน่วยงาน.....

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด.....
2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และญาติ..... (ภาคผนวกที่ 7)
3. พยาบาลมีความพึงพอใจ..... (ภาคผนวกที่ 8)

แนวปฏิบัติการพยาบาล

ก่อนผ่าตัด

1. ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุโดย..... (สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน, และ รัตนา สายพานิชย์, 2543) (ภาคผนวกที่ 1)
 การแปลผล คะแนนระหว่าง 0 - 9 แสดงถึง.....
 คะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป แสดงถึง.....
 (Tabet et al, 2005; Lundstrom et al, 2005; Ohki et al, 2006)
2. ประเมินสภาพความพร้อมด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จาก.....
 (Senanarong et al, 2003) (ภาคผนวกที่ 2) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม.....
 (Lundstrom et al, 2005; จันทนา รัตนทวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) แบ่ง
 ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 2.1 ระดับที่ 1 และ 2 ให้การพยาบาลแบบ.....
- 2.2 ระดับที่ 3 และ 4 ให้การพยาบาลแบบ.....
- 2.3 ระดับที่ 5 ให้การพยาบาลแบบ.....
3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรกเริ่ม โดยใช้.....
(Rapp, 2004) (ภาคผนวกที่ 3) เพื่อ.....แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้
 - 3.1 ระดับที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อย ให้.....
 - 3.2 ระดับที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันปานกลาง ให้.....
 - 3.3 ระดับที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูง ให้.....
4. ในผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงให้การดูแลตามปกติ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทุกราย ไม่ว่า
จะอยู่ในระดับใด คือ พุดคุยกับผู้สูงอายุด้วย.....
5. เฝ้าระวัง ติดตาม และ บันทึกอาการของโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุมียู่เดิมเช่น.....
(McGory et al, 2005; จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)
6. ให้การพยาบาล เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ของภาวะสับสนเฉียบพลันก่อน
ได้รับการผ่าตัด ตามปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินได้ (Tabet et al, 2005; Lundstrom et al,
2005; Ohki et al, 2006) ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ในผู้สูงอายุที่มีความพร่องด้านการรู้คิด
ดังนี้
 - 6.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้.....
 - 6.1.2 จัดให้มีสิ่งกระตุ้นเตือนความจำ.....(Canet et al, 2003;
จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)
 - 6.1.3 ให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเอง.....(Lundstrom et al, 2005)
 - 6.1.4 ญาติ หรือผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุ ควรเป็นคนเดิมเพื่อ.....
แนะนำให้ญาติ หรือผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุ ชวนผู้สูงอายุสนทนา
เพื่อ..... (Lundstrom et al, 2005; Tabet et al, 2005;
ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)
 - 6.1.5 พุดคุยกับผู้สูงอายุด้วย.....(ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)
 - 6.1.6 ประเมิน.....ในบันทึกทางการพยาบาลทุกแวรและทุกวัน (Tabet
et al, 2005; Lundstrom et al, 2005; Ohki et al, 2006)
- 6.1 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการคิดเชื่้อ (ภาคผนวกที่ 4)

6.2 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาความไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ภาคผนวกที่ 5)

หลังผ่าตัด

1. การควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด โดยใช้แบบประเมิน..... (ภาคผนวกที่ 6) ร่วมกับสังเกตอาการ.....

- 1.1 กรณีคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัด < 4 ให้การพยาบาลโดย.....
กรณีคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ≥ 4 ให้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกับ.....
ติดตามประเมินผล.....ในกรณีที่ต้องให้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ต้อง
ประเมิน.....(Pasero, 1994 cited by Gibson & Weiner, 2005) ดังนี้

0 – 2 คะแนน
3 คะแนน
4 คะแนน

กรณีคะแนนระดับความรู้สึกตัว > 2 ให้..... ร่วมกับประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้สูงอายุ หลังให้การพยาบาล (ภาคผนวกที่ 6)

2. ให้การพยาบาลเช่นก่อนผ่าตัด ตั้งแต่ข้อ 1 ถึง ข้อ 3 ถ้าคะแนน TDRS ≥ 10 คะแนน.....
ให้การดูแลดังนี้

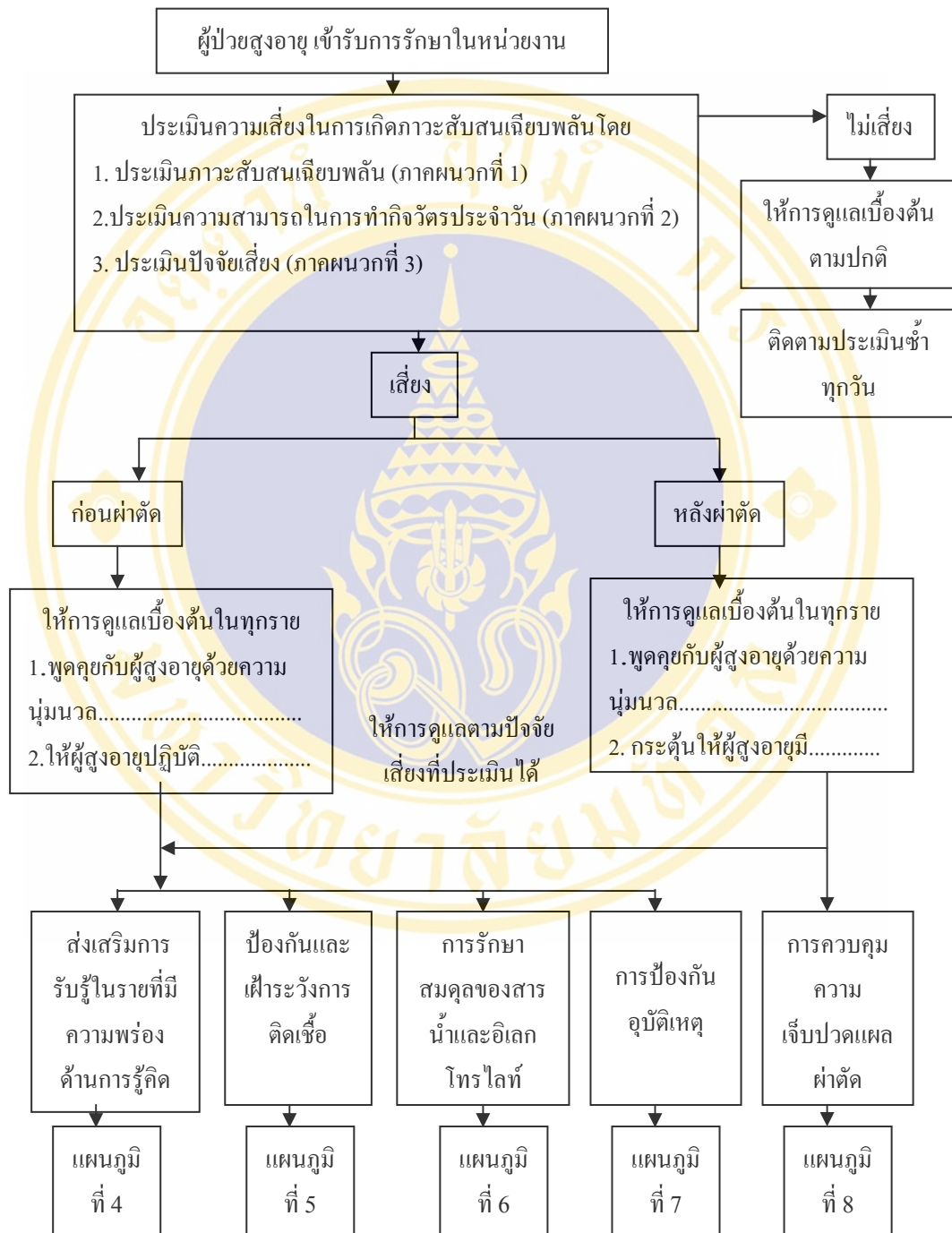
- 2.1 จัดให้ผู้สูงอายุอยู่ใกล้.....
- 2.2 มีการติดสัญลักษณ์ที่แฟ้มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อ.....
- 2.3 ดูแลยกไม้กั้นเตียงขึ้น.....
- 2.4 แนะนำญาติ.....(Canet et al, 2003; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)
- 2.5 หลีกเลี่ยง.....(Tabet et al, 2005; Lundstrom et al, 2005; Ohki et al, 2006; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)
- 2.6 ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับ.....

3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมดังนี้.....(Canet et al, 2003; Ohki et al, 2006; จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

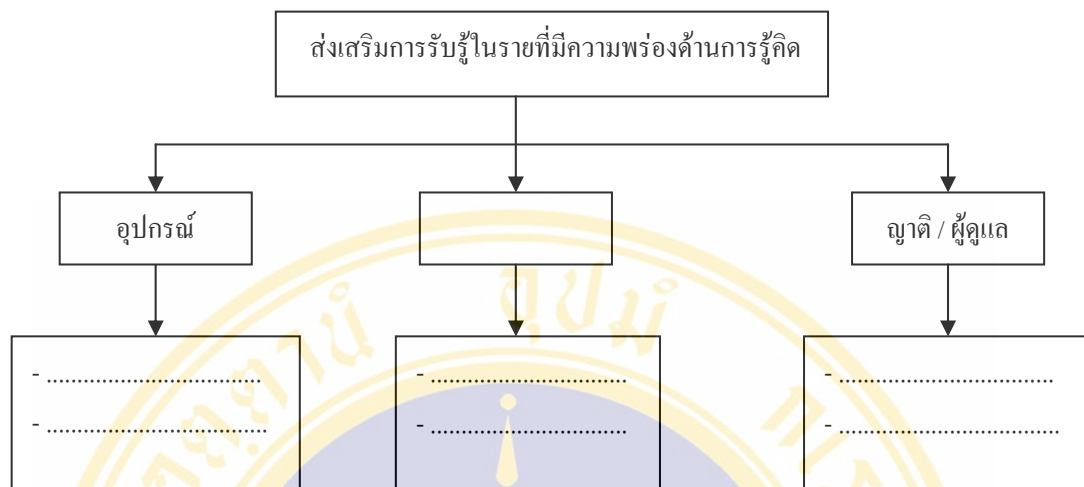
4. ติดตามประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุ โดยใช้.....(ภาคผนวกที่ 1)
(Tabet et al, 2005; Lundstrom et al, 2005; Ohki et al, 2006)

จากแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร สามารถสรุปเพื่อให้เกิดความชัดเจนโดยใช้แผนภาพที่ 2 ซึ่งในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้สูงอายุ จะต้องมีการประเมินผลซ้ำหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง

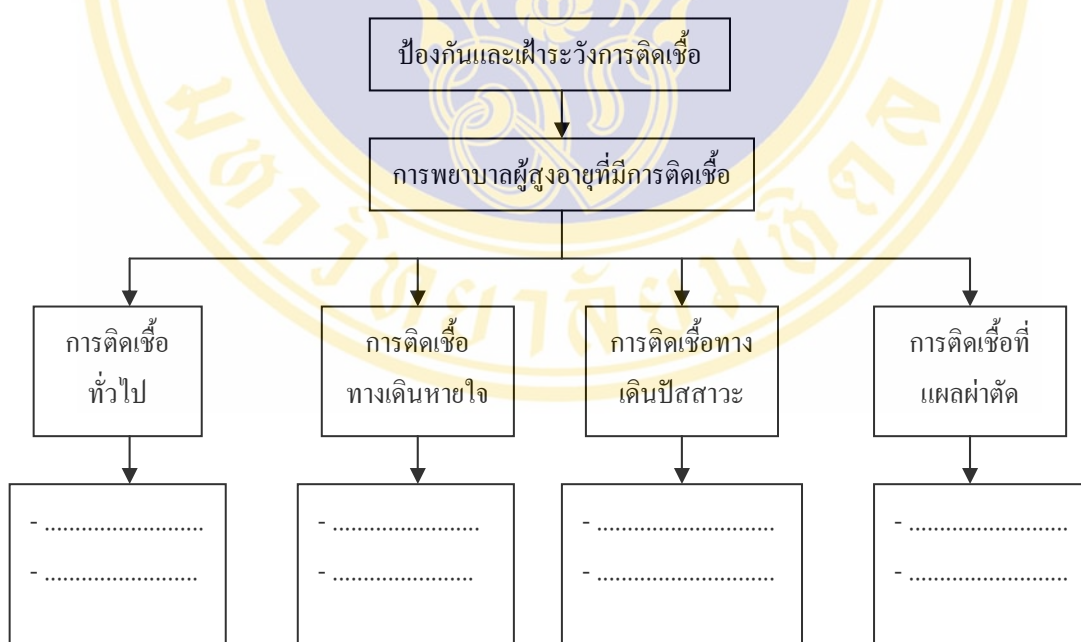
เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเกิดอาการสับสนเฉียบพลันจะได้ทำการประสานความร่วมมือกับแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่



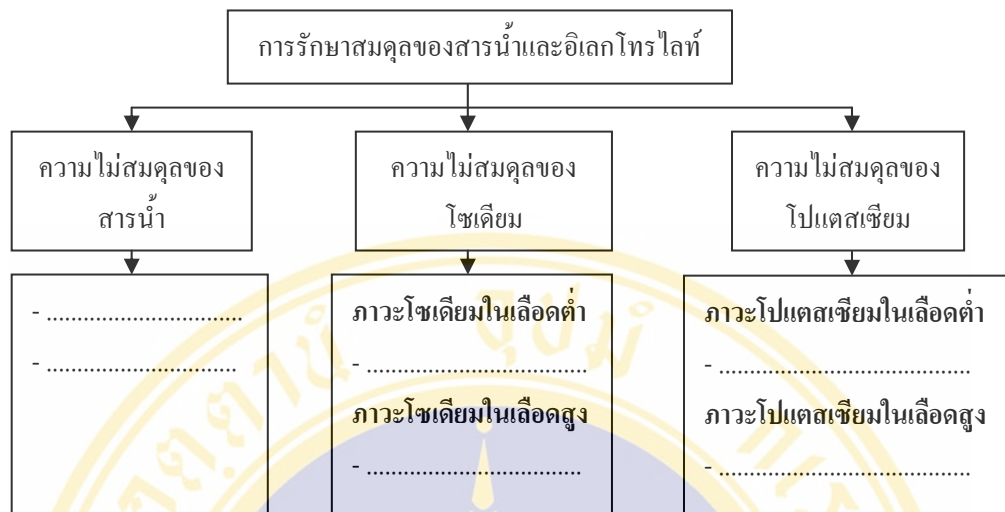
แผนภูมิที่ 3. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร



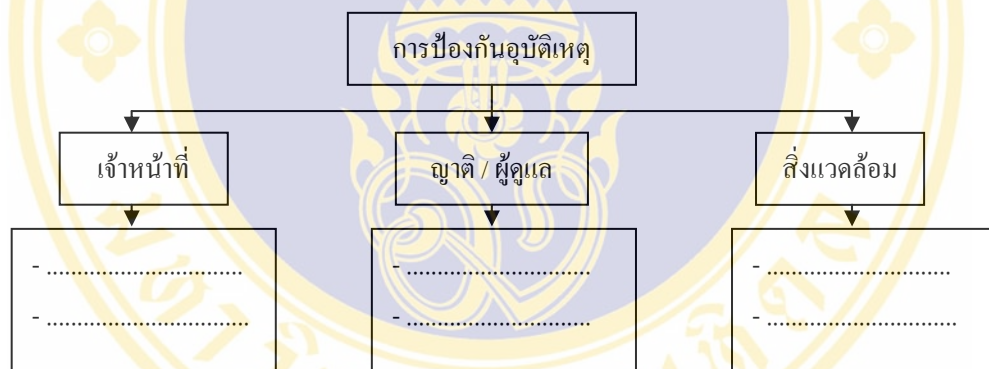
แผนภูมิที่ 4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ในผู้สูงอายุที่มีความพร่องด้านการรู้คิด



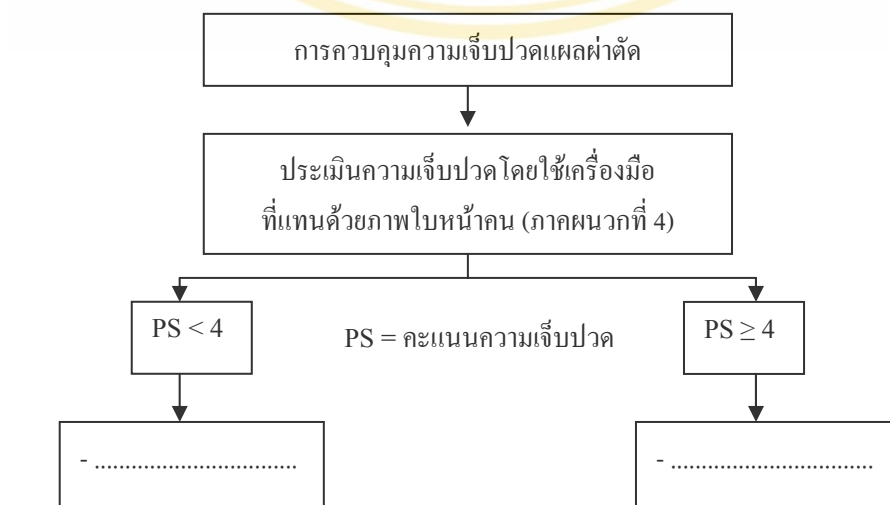
แผนภูมิที่ 5. การพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ



แผนภูมิที่ 6. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์



แผนภูมิที่ 7. การพยาบาลเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุ



แผนภูมิที่ 8. การพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ

บทที่ 4

แผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase)

การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร หลังจากผ่านกระบวนการตรวจสอบความเที่ยง และ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และมีการวางแผนในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน เป็นลำดับ ดังนี้

1. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนำเสนอแนวคิด และ ขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้าเสนอในที่ประชุมในหน่วยงาน ให้ร่วมทำประชาพิจารณ์ เพื่อช่วยลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ มาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับหน่วยงานมากขึ้น
3. ฝึกอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ในเรื่องความหมาย อาการ อาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน และ ผลลัพธ์หากเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้เห็น ความสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ตลอดจนการใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดการเกี่ยวกับสาเหตุ และ การเฝ้าระวัง เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะเป็นรายบุคคล การให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้เครื่องมือ Thai delirium rating scale (TDRS) เพื่อประเมินภาวะสับสนของผู้สูงอายุ มีการติดตามประเมินผล เพื่อที่จะกระตุ้นการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ เป็นประจำทุก 1 เดือน เกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด
4. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานโดยสำรวจอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้
5. นำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปทดลองใช้ (pilot study) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารในหน่วยงาน และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปทดลองใช้ ดังนี้

- 5.1 กระบวนการนำไปใช้ ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยาก หรือซ้ำซ้อนหรือไม่ มีอุปสรรคในการนำไปใช้หรือไม่ ถ้านำมาปรับปรุงแก้ไข
- 5.2 ผลลัพธ์ที่ต้องการคือหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ลดลงหรือไม่
- 5.3 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และครอบครัว
- 5.4 ความพึงพอใจของบุคลากรที่ทดลอง

ระยะที่ 4 ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

ประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนการดำเนินงานดังนี้

1. นำเสนอแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว และ ผลของการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ไปทดลองใช้ ในที่ประชุมทีมบริหารการพยาบาล และ ทีมดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม (patient care team: PCT) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร โดยบูรณาการแนวปฏิบัติเข้ากับระบบการทำงานที่เป็นอยู่ กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในกลุ่มงานศัลยกรรมของโรงพยาบาล และ จัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุทางศัลยกรรม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI)
2. จัดประชุมกลุ่มเพื่อประเมินผลการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทุก 1 เดือน 2 ครั้ง หลังจากนั้น ประเมิน ทุก 3 เดือน
3. ทำการศึกษาการวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อนำมาปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสม และ ทันสมัย เพื่อเพิ่มคุณภาพ และ มาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จัดบอร์ดให้ความรู้ในหน่วยงาน และ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันนี้โครงสร้างประชากรทุกประเทศทั่วโลกเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือจะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และ จิตใจไปในทางเสื่อม เนื้อเยื่อของอวัยวะทุกส่วนมีการเสื่อมสลายมากกว่าการสร้างขึ้นใหม่ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นกว่าบุคคลวัยอื่น และ พบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดในผู้สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ร่วมกับการได้รับยาหลายชนิด ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ง่าย หากผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อ ส่งผลต่อการเพิ่มระยะเวลาอนโรยพยาบาล เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันภาวะนี้ก็เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการประเมินปัจจัยเสี่ยง และวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหาทางคลินิก ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน และ จากแหล่งความรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน จากนั้นนำข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งมาสรุปเป็นประเด็นปัญหา เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ เมื่อได้ปัญหาทางคลินิกแล้วดำเนินการ ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จำนวน 14 งาน ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิก 2 ฉบับ,

งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบ เทียบกับกลุ่มควบคุม 2 ฉบับ, การศึกษาไปข้างหน้า 7 ฉบับ, การศึกษาย้อนหลัง 2 ฉบับ, และ กรณีศึกษา 1 ฉบับ ผลการสังเคราะห์และสร้างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ การพยาบาลเพื่อลด และ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และ การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน จากนั้นนำไปผ่านความเห็นชอบจาก ศัลยแพทย์ทางเดินอาหาร อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร และพยาบาลแผนกศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 3 ท่าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (try out) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการ และ ผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน ก่อนนำไปใช้จริง
2. หลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร จะต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา โดยยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบและเป็นปัจจุบัน ตลอดจนต้องบูรณาการแนวปฏิบัติให้เข้ากับงานประจำ เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน ไม่เพิ่มภาระงาน ปฏิบัติง่าย และสามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาล
3. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการประเมินผลลัพธ์ 3 ระยะ คือ
 - 3.1 การประเมินผลลัพธ์ในทันที (immediate outcome) คือ ผู้สูงอายุรอดชีวิตจากการผ่าตัด
 - 3.2 การประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น (intermediate outcome) คือ ผู้สูงอายุปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะไร้ความสามารถ (disability) สามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการทำ หน้าที่ต่างๆของร่างกายได้เหมือนปกติ หรือใกล้เคียงก่อนผ่าตัดมากที่สุด
 - 3.3 การประเมินผลลัพธ์ระยะยาว (ultimate outcome) คือ ผู้สูงอายุมีการฟื้นหาย เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี (well being) ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) ตามมา
4. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ ว่ามีความคุ้มค่า คุ้มทุน และสามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้มากกว่าการปฏิบัติการ

พยาบาลรูปแบบเดิม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบถึงประโยชน์ และ ข้อดีของการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ลดข้อขัดแย้ง และ ทำให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติด้วยความเต็มใจ

5. ควรมีการขยายผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปสู่ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่น เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และ สร้างเครือข่ายในการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และ พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ และมีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

กชพนิต ชันดีจิตร 4836902 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ด., ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, ประด. (พยาบาล)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายเริ่มเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นวัยที่ประสบปัญหาทางสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ (วันดี โภคะกุล, 2548) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วย โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 22 เป็นอันดับ 3 รองจากโรคไขข้ออักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541 อ้างในจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) นอกจากนี้ จากสถิติของ สถานวิทยามะเร็งศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2548 พบว่ามะเร็งในระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 18.42, และ 21.17 ตามลำดับ ซึ่งพบเป็นอันดับที่ 2 รองจาก มะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้อัตราการรักษาตัวด้วยการผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 31 (Lundstrom et al, 2005)

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดย

เฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1.96 โรค / คน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2540) ร่วมกับการได้รับยาหลายชนิด และ จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Inouye, 2003) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะไร้ความสามารถร้อยละ 12 – 50 (Lawrence et al, 2004) และ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 และหากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้รับการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลา นานมากกว่า 3 ชั่วโมง จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 33 (Asher, 2004; Amador & Goodwin, 2005) ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, ภาวะกลืนลำบาก, ภาวะท้องอืด, เส้นเลือดดำอุดตัน, แผลแยก, และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Franco et al, 2001; Ichikawa & Hayashi, 2004; Lawrence et al, 2004; Lundstrom et al, 2005)

จากการศึกษาในต่างประเทศภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีอุบัติการณ์ร้อยละ 14 - 42 (McCusker et al, 2003; Lundstrom et al, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานอนในโรงพยาบาล เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 6.3 (Oearsakul, 2000) และพบว่า หากผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดจะส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 15 – 50 (Somprakit et al, 2002; Olin et al, 2005)

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติด้านความจำ มีความพร่องในการรับรู้ เวลา สถานที่ และ บุคคล สูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้ในสิ่งใหม่ การตัดสินใจ ผิดปกติ ขาดความสามารถในการใช้เหตุผลที่เหมาะสม อาการจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และสามารถฟื้นหายได้ในระยะเวลาอันสั้นหากได้รับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุได้ (Inouye, 2003; Lundstrom et al, 2005; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547) ภาวะนี้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและ อาจก่อให้เกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 73 เช่น การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อได้แก่ ภาวะปอดอักเสบหลังผ่าตัด 14.3 เท่า ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 15 เท่า และไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ถึง 5.7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 อัตราการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Marcantonio et al, 2005; Olin et al, 2005; Lantz & Buchalter, 2003; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

หากพิจารณาถึงภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการประเมินปัจจัยเสี่ยง และวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันตั้งแต่แรกเริ่ม จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ บุคลากรทีมสุขภาพ ควรตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหานี้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และค้นหาปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะเสี่ยงดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 40 – 70 (Orien, 2002; Olin et al, 2005; Ohki et al, 2006)

จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติในการดูแล และ ป้องกันผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โดยจะเห็นได้ว่า ปัจจุบันสถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ หรือเอกชน มุ่งเน้นการประกันคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งแนวทางหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ว่าเป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และทันสมัย คือ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนานวัตกรรมใหม่ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ให้ได้เปรียบในการแข่งขันเชิงธุรกิจ ที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าและต้นทุนในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาลเป็นวิธีทางหนึ่งที่จะช่วยให้การพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการมีความทันสมัย ได้คุณภาพ และมีความปลอดภัย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2550)

ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร โดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมีมาตรฐาน คุ้มค่า และต้นทุน และใช้ในการประกันคุณภาพการรักษายาพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

การดำเนินการศึกษา

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน และ ครอบคลุม เน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ

1. ปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าในหน่วยงานยังไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามความรู้ และ ความชำนาญของพยาบาลแต่ละบุคคล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆทั่วไป จึงยังคงพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้บ่อย อีกทั้งในหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม รวมถึงบุคลากรสุขภาพ ยังไม่ตระหนักถึงปัญหานี้มากนัก จึงทำให้ดูเหมือนว่าปัญหานี้มักถูกละเลย และไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรสุขภาพเท่าที่ควร

2. จากแหล่งความรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered)

ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจาก ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมากที่สุดในวันที่ 1 – 3 วัน และ สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ มีปัญหาความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวานที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเป็นต้น ส่วนใหญ่จะพบเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สับสน พุดคุยไม่รู้เรื่อง และ ดึงสายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

จากประสบการณ์ในการทำงานสามารถสรุปได้ว่าการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน และเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และ เพิ่มอุบัติการณ์ตายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ทราบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ การให้การพยาบาลในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน จะสามารถลด

อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40 – 70 (Olin et al, 2005; Ohki et al, 2006; Amador & Goodwin, 2005)

ระยะที่ 2. การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ประเด็นคำถามที่ต้องการคำตอบในการการแก้ไขปัญหา มีดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Mental status) รูปแบบใดที่เหมาะสม และ มีประสิทธิภาพในการทำนายการเกิดสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร
2. วิธีการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพป้องกัน และ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีรูปแบบใดบ้าง

กำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการสืบค้นงานวิจัย ดังนี้

1. ศึกษางานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาควในโรงพยาบาล
2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1999 – 2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยเพื่อให้ได้งานวิจัยตรงตามขอบเขตของเกณฑ์ที่กำหนด ทำโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ฐานข้อมูล Blackwell, CINAHL, DARE, Journal link, Medline, Pub Med, OVID, Science Direct รวมถึงการสืบค้นงานวิจัยจากเอกสารอ้างอิง และการสืบค้นด้วยมือ

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นมีดังนี้ elderly, older adult, geriatric, in patient, delirium, postoperative, gastrointestinal operation, acute confusion, prevention protocol, standard of care, risk factor,

ผลของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพทั้งหมด จำนวน 14 งาน ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิก 2 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบ กับกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง, งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง, การศึกษาไปข้างหน้า 7 เรื่อง, และ การศึกษาย้อนหลัง 2 เรื่อง

การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2550)

การประเมินระดับหลักฐานของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ของของมิวนิก และ ไลน์เอท์ (Melnik & Fineout, 2005)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ โพลิต และ แบค (Polit & Beck, 2004)

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์หลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ข้อสรุปในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ดังนี้

1. การประเมิน

1.1 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ Thai delirium rating scale (TDRS) และ Thai mental status examination (TMSE) มีความไว และ อำนวยในการทำนายสูง และเหมาะกับบริบทของคนไทย (Somprakit et al, 2002; Nishikawa et al, 2004; Marid et al, 2005; Tabet et al, 2005; Ohki et al, 2006)

1.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุจะต้อง ประเมินความรู้คิดของผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ประเมินความรุนแรงของโรคร่วม และ จำนวนของโรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการดูแลหลังผ่าตัด (Franco et al, 2001; Ohki et al, 2006)

2. การป้องกันปัจจัยเสี่ยง

2.1 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี และได้รับยาาระงับอาการปวด เช่น กลุ่ม narcotic drug (Somprakit et al, 2002)

2.2 เฝ้าระวังผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ > 65 ปี ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง มีภาวะช็อค ค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่าร้อยละ 30 ได้รับ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Nishikawa et al, 2004; Olin et al, 2005)

2.3 การเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่พบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้แก่ระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 3 mmol / dl หรือมากกว่า 6 mmol / dl, ระดับโซเดียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 130 mmol / dl หรือมากกว่า 156 mmol / dl และ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดน้อยกว่า 60 mg / dl หรือมากกว่า 300 mg / dl (Litaker et al, 2001)

2.4 การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่อายุ > 75 ปี นอนรักษาด้านาน มีปัญหาการนอนหลับ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะขาดน้ำ มีการเปลี่ยนยี่ห้อหรือ ห่อผู้ป่วย ไม่มีแวนสายตา ไม่มีนาฬิกา หรือ ปฏิทินในห้อง ได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสมาก หรือน้อยเกินไป และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (McCusker et al, 2001; Canet et al, 2003; Ohki et al, 2006)

2.5 การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องปัจจัยเสี่ยง และการดูแลเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการ ดูแลผู้สูงอายุ แบบเฉพาะเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุน ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล (Lundstrom et al, 2005; Tabet et al, 2005)

นำสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ ทั้ง 14 ฉบับ สร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร 1 ท่าน, ศัลยแพทย์ทางเดินอาหาร 1 ท่าน, และ พยาบาลแผนกศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ท่าน

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

- 1.แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีความครอบคลุม
- 2.ปรับการเขียนคำถามในภาคผนวกให้เป็นคำพูดที่เข้าใจง่าย
- 3.เพิ่มเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง / ต่ำ กว่าเกณฑ์มาตรฐาน

**แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร**

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

คำจำกัดความ (Definition)

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความพร่องของกระบวนการรู้คิดโดยมีลักษณะที่สำคัญ คือความจำเสื่อม มีความพร่องในการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ การตัดสินใจและ การใช้เหตุผล อาการจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสามารถฟื้นฟูได้ในระยะเวลาอันสั้นหากได้รับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุได้ (Lundstrom et al, 2005; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

กลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารที่เป็นกรณีนัดผ่าตัด (elective case) ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง และ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

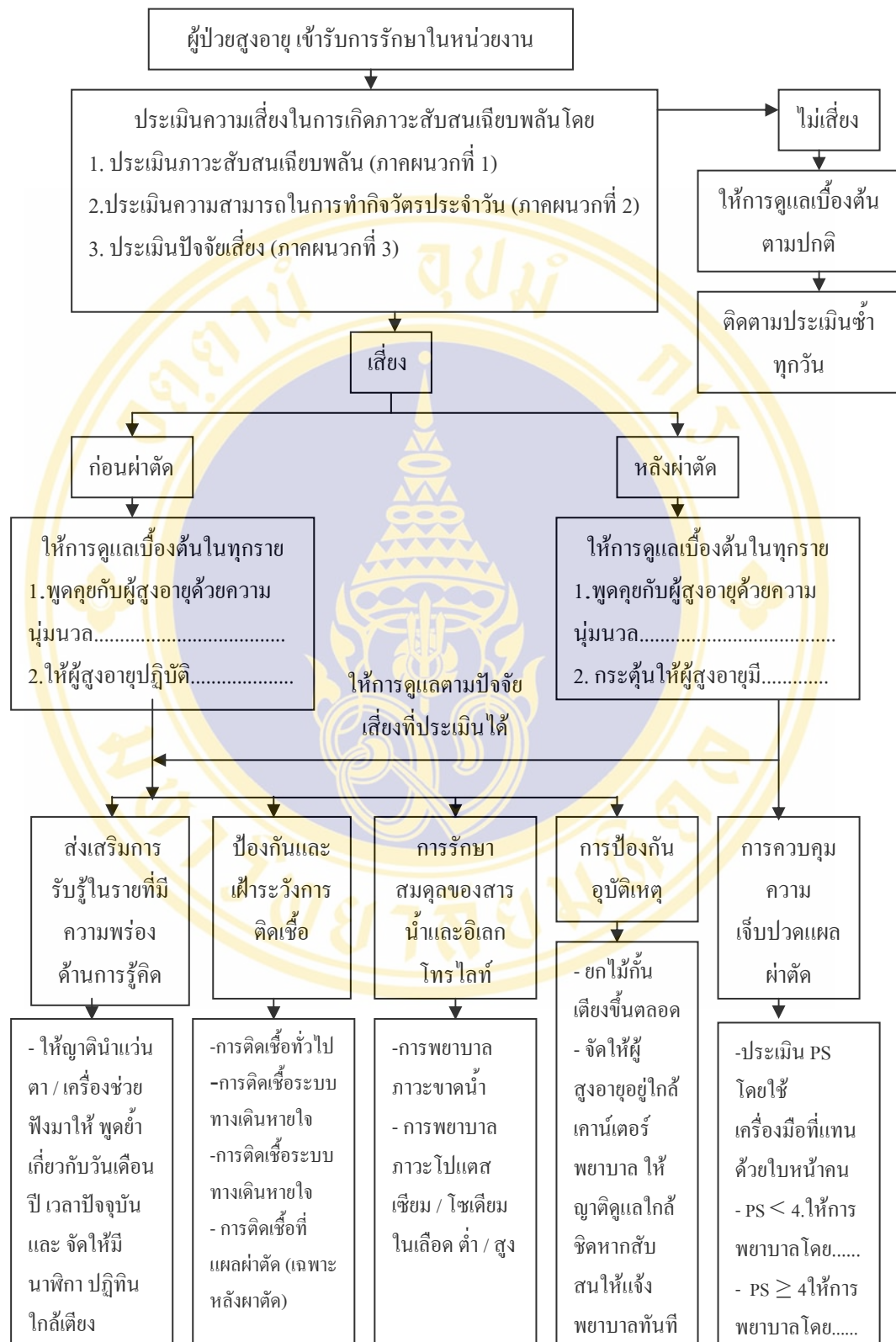
1. มีอายุ ≥ 60 ปี ที่เป็นกรณีนัดผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร
2. มีความพร้อมด้านการรู้คิด ประเมินจากแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน
3. มีความพร้อมของการรับรู้ เช่นการมองเห็น หรือการได้ยิน
4. มีความเจ็บป่วยเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วมด้วย ได้แก่ สมอเสื่อม โรคมะเร็ง หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง และ โรคไต
5. ได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มยานอนหลับ เช่น benzodiazepam กลุ่ม narcotic เช่น morphine และ กลุ่มต้านโคลิเนอร์จิก เช่น atropine
6. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะโซเดียม หรือ โปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง หรือ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
7. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การผูกยึดร่างกาย หรือ การผูกยึดทางการแพทย์ เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
8. มีปัญหาการนอนหลับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้รับการประเมินและดูแล แก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดที่มีมาตรฐานเดียวกัน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาล ในป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ สามารถเทียบเคียงได้กับสถาบันการให้บริการสุขภาพชั้นนำของประเทศ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารทั้งหมด
2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และ ญาติมากกว่าร้อยละ 85
3. พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80



แผนภูมิที่ 9. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

ระยะที่ 3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

ระยะที่ 4. ระยะนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) มีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะและนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารครั้งนี้ ยังไม่ได้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ศึกษานำร่อง (pilot study) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (try out) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง
2. ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหน่วยงาน (CQI) และปรับให้ทันสมัยตามหลักฐานงานวิจัยที่เกิดขึ้นใหม่
3. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น และ ผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และความคุ้มค่า
4. ควรมีการขยายผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปสู่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่นเพิ่ม และ สร้างเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแล เพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และ พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ และยั่งยืน

DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PREVENTION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM IN ELDERLY UNDERGOING GASTROINTESTINAL SURGERY

KOTCHAPANIT KHANTEJIT

4836902 NSAN / M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISOR: SAIPIN KASEMKITWATTANA, D.N.S.,

PRANGTIP CHAYAPUT, PhD. (NURSING)

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Elderly is at the age when the body starts to degenerate, not only physically but also emotionally and socially that can be considered as the age more susceptible to health problems than other ages (Vandee Pokakul 2005). This is the reason for more elderly to enter the hospital for treatment. Finding results from the health survey among Thai elders during 1996 suggested that 22% of elders got sick with peptic ulcer as the third cause of sickness next from rheumatism and hypertension (Office of the Permanent Secretary, 1998 cited by Chunpen Chuprapavan, 2000). Furthermore, statistical record of Siriraj Cancer Institute during 2004 to 2005 indicated that gastrointestinal cancer found most in elders of 18.42% and 21.17%, respectively. It was the second cause of sickness next to genital and urinary tract cancer. Unfortunately, gastrointestinal found among elders has steadily increased which caused gastrointestinal surgery rate to 31% (Lundstrom, Edlund, Karlsson, Brannstrom, Bucht, & Gustafson, 2005).

Elderly patients are in the risky group most susceptible to complication after the operation due to degenerated body organs together with chronic diseases by having many sicknesses in the same time, i.e., hypertension, diabetes, heart diseases and cerebral vascular diseases. By average, 1.96% of chronic diseases can be found in each

elderly (Suthichai Jittapunkul, 1997) together with administering many medications at the same time. It had been discovered from the study that by having many chronic diseases, elderly is more susceptible to postoperative complication (Inouye, 2003). The elderly patients who had major abdominal operations may have postoperative disability, ranging from 12% to 50% (Lawrence et al, 2004). Perioperative mortality is 25% higher in patients over the age of 70, and any surgery that lasts longer than 3 hours has a 33% increased rate of complications. (Asher, 2004; Amador & Goodwin, 2005). Major complications frequently found were pneumonia, delirium, surgical site infection, nausea vomiting, bowel ileus, deep vein thrombosis, detached wound and sepsis, these complications were the cause of death. (Lawrence et al, 2004; Lundstrom et al, 2005; Franco, Litaker, Locala, & Bronson, 2001; Ichikawa & Hayashi, 2004).

From widely studies in delirium, it is the most common and serious complication in hospitalization patients estimated occur in 14% to 42% (McCusker, Cole, Han, Dendukuri, & Belzile, 2003; Lundstrom et al, 2005). In Thailand, is happened among 6.3% (Oearsakul, 2000) and increase to 15% to 50% among elderly patients who have undergone surgical procedures (Somprakit et al, 2002; Olin et al, 2005).

Postoperative delirium is an acute disorder of cognition and attention after an operation, characterized by disturbance of attention, concentration, memory, and consciousness that develops over a short period of time and in which the symptoms tend to fluctuate during the course of the day. These symptoms can recovery if the risk factors had been eradicated (Inouye, 2003; Lundstrom et al, 2005; Liwan Unnapirak, 2004). This is the critical problem that may become intensified by increasing the risk of complication for 73 %, such as accidentally fall, postoperative pneumonia 14.3 times, increase intubate tube 15 times and unable to weaning 5.7 times (Prasert Utsuntachai, 2003) as well as increasing length of hospital stay twice as compared to elderly no delirium, increased mortality rate to 25% as well as readmission rate to 30% (Marcantonio et al, 2005; Olin et al, 2005; Lantz & Buchalter, 2003; Liwan, 2004).

Evidence found delirium can prevented if the risk factor has been assessed and eradicated from the start. Therefore, health care providers should be aware and recognized the urgent need for solving this problem by applying evidence-based practice to improve and develop nursing quality. Nurses in charge of caring for elderly patients have important roles in assessing and searching for risk factors, including

administering care based on clinical nursing practice guideline to prevent such risk effectively and thus able to reduce the cause for delirium among elderly as high as 40% to 70% (Olin et al, 2005; Orien, 2002; Ohki, Matsushima, Shibuya, & Sunamori, 2006).

Obviously, postoperative delirium is the significant problems among elderly who need practical guideline in caring and preventing delirium effectively. As being seen from Public or Private Health Institutions providing health services that have emphasized heavily on guarantee quality of services. The guideline accepted internationally as qualified extended development and most updated is the evidence-based application in modern innovation development to improve quality in services. This is done to increase business competitive edge which can be worthy treatment, especially nurses who are closely in charge of elderly patients for 24 hours. They have the important roles for caring this group of elderly patients. Therefore, applying evidence-based data in nursing practice as another way to meet the standard nursing career requirement together with continuously developed nursing quality should improve services so that service user could receive modern nursing with better quality and more safety (Saipin Kasaemkitwattana, 2007).

The above-mentioned reasons had encouraged the researcher to develop clinical nursing practice guideline to prevent postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery by extracting evidence-based data in order to derive at more qualified and worthy clinical nursing practice guideline that should guarantee nursing quality.

Purposes of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline for prevention of postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery.

Methodology

There are many research models that can be used in the development of a clinical nursing practice guideline. The concept of evidence-based practice by Soukup (2000) was used as the conceptual framework of the study because of its distinct process,

extensive and has continuously stressed on the quality development in clinical nursing. The method is divided into 4 phases as follows:

Phase 1 Evidence triggered phase derives from the following 2 ways.

1. Practice triggered

From the actual practical experiences, result findings indicated that the division has not been fully aware of problems caused by delirium among elders. Current nursing practice is depended on the expertise of each nurse. Health evaluation of elders is assessed by the same method as other patients. Therefore, it has been found that most elderly patients are still susceptible to postoperative delirium. Besides, the division has no definite, effective and concrete clinical nursing practice guideline as well as lacking qualified health personnel. Since these problems have not been fully aware, they are frequently neglected and not received much attention from health personnel.

2. Knowledge triggered

derives from literatures review in texts, academic articles, and relevant researches to encounter problems during work. Postoperative delirium is an acute disorder of cognition and attention after an operation, characterized by disturbance of attention, concentration, memory, and consciousness that develops over a short period of time and in which the symptoms tend to fluctuate during the course of the day. These symptoms can recovery if the risk factors had been eradicated (Inouye, 2003; Lundstrom et al, 2005; Liwan Unnapirak, 2004).

Data from both sources are being concluded to narrow the problems for further developed clinical nursing practice guideline.

Phase 2 Evidence supported phase

In the selection of evidence-based support to develop a clinical nursing practice guideline for prevention of postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery, key questions required answers to solve problems are as follows:

1. Which strategies that can early detection of postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery?

2. Which effective interventions for preventing and reduced postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery?

Research scope and criteria are defined as follows:

- 1.To study risk factor and effective nursing interventions that can prevention of delirium in elderly patients.
- 2.It had been published since the year 1999 until 2006 in both Thai and English versions.

Database for Searching

Searching for the research to match with required specification was done by using electronic database to reach database of Blackwell, CINAHL, DARE, Journal link, Medline, Pub Med, OVID, Science Direct, including searching from reference documents and searching manually.

Key words used in searching including elderly, older adult, geriatric, in patient, postoperative, gastrointestinal operation, delirium, acute confusion, prevention protocol, standard of care and risk factor

The review of quality evidence-based practice yielded 14 studies comprising the following: 2 CNPGs, 2 randomized controlled trials, 1 quasi experimental study, 7 cohort studies, and 2 retrospective studies.

Assessing the quality evidences was carried out based on the evaluation guideline proposed by Saipin Kasaemkitwattana (2007).

Assessing the levels of evidences was conducted based on the criteria of Melnyk and Fineout (2005).

Assessing the feasibility of evidences to development of a clinical nursing practice was conducted based on the concept of Polit & Beck, (2004).

Conclusion of major essence from Evidence-based Data

From the analysis and synthesis of evidence-based data, conclusions in prevention of postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery are made as follows:

1. Assessment

- 1.1 Assessing delirium in elderly was using of Thai delirium rating scale (TDRS) and Thai mental status examination (TMSE). These equipments contain agility and high predictability power suitable for applying with the Thais (Somprakit et al, 2002; Matsushita et al, 2004; Nishikawa et al, 2004; Marid et al, 2005; Tabet et al, 2005; Ohki et al, 2006)
- 1.2 Assessed elderly cognitive status preoperative helpful to lessen postoperative delirium in elderly patients (Ohki et al, 2006).
- 1.3 Evaluation of risk factor in elder should include number and severity of underlying and their abilities to conduct activities together with postoperative care that should reduce length of stay and caring cost (Franco et al, 2001).
- 1.4 Using NEECHAM Confusion scale (NCS) to evaluate delirium with agility and suitability to apply with the elderly (Matsushita et al, 2004).

2. Risks Prevention

- 2.1 Elderly patients in risk group were age ≥ 60 years and received narcotic to relief pain must be closely observed (Somprakit et al, 2002).
- 2.2 Elderly patients in the risk group were age > 65 years who had undergone major abdominal surgery, pale hematocrit less than 30% (Olin et al, 2005).
- 2.3 Carefully observed the elderly patients who received propofol with spinal block by assessing cognitive status with DRS to assessed delirium (Nishikawa, Nakayama, Omote, & Namiki, 2004).
- 2.4 Carefully observed who had been reported with potassium level in the bloodstream lower than 3 mmol / dl or higher than 6 mmol / dl, and sodium level lower than 130 mmol / dl or higher than 156 mmol / dl, and blood sugar lower than 60 mg / dl or higher than 300 mg / dl (Litaker et al, 2001).
- 2.5 Carefully observed the elderly patients with age > 75 years who had insomnia, immobilization, dehydration, sensory overload, and stayed in unfamiliar environment (Canet et al, 2003; Ohki et al, 2006).
- 2.6 Carefully observed the elderly patients in the risk group who had admitted for long time, changing room or ward, without clock or calendar in the

patient's room, medical restrains, without an eyeglass, and sensory overload or deprivation (McCusker et al, 2001).

2.7 Training for knowledge in the cause of delirium, risk factors, and nursing interventions to prevent risk factors, including working as multidisciplinary team with encountered elderly to self care can increase quality of care (Lundstrom et al, 2005; Tabet et al, 2005).

Data from quality evidences 14 studies were employed to develop the clinical nursing practice guideline, and validation of this CNPG was carried out using 3 experts including 1 expert nurse instructor in caring for elderly patients after gastrointestinal surgery, 1 gastrointestinal surgeon, and 1 nurse working in a surgical ward with expertise in caring for postoperative elderly patients.

A clinical nursing practice guideline for prevention postoperative delirium in elderly undergoing gastrointestinal surgery

Objective

To develop a clinical nursing practice guideline for prevention of postoperative delirium in elderly patients under going gastrointestinal surgery

Definition

Delirium is a state of transient brain dysfunction characterized by disturbance of attention, concentration, memory, and consciousness that develops over a short period of time and in which the symptoms tend to fluctuate during the cause of the day. (Lundstrom et al, 2005; Liwan Unnapirak, 2004).

Elderly patients as beneficial recipients from the implementation of clinical nursing practice guideline.

Elderly patients ≥ 60 years undergone gastrointestinal surgery as elective case both male and female had not encountered any problems in communication.

Requirements for elderly patients in risk group to implement clinical nursing practice guideline

1. Elderly patients with ≥ 60 years of age undergone gastrointestinal surgery
2. Cognitive impairment.
3. Perception impairment such as, visual or hearing
4. Having medical underlying, such as Alzheimer's disease, cancer, diabetic, heart disease, hypertension, anemia and kidney disease.
5. Receiving many medications, especially sleeping pills, such as benzodiazepam, narcotic i.e., morphine, and anti cholinergic i.e., atropine
6. Electrolyte imbalance such as, dehydration, higher or lower sodium or potassium concentration in the bloodstream than standard.
7. Immobilization such as medical restrains or physical restrains.
8. Having sleep problem.

Expected outcomes and benefits:

1. Elderly undergone gastrointestinal surgery in the risk group had continuing assessment and monitored to prevent risk factors.
2. Nurses should have the same standard practice in preventing and monitoring delirium by relying from updated evidence-based data.
3. Hospital has quality assurance of provision of care to postoperative gastrointestinal elderly patients should improved quality of care as well as reducing risk of delirium, length of stay and increase hospital's prestige in providing excellent service as good as most of the country leading health institutions.

Evaluation Criteria

1. Overall postoperative delirium rate among elderly patients undergone gastrointestinal surgery is less than 10%.
2. More than 85% of patients and relatives have expressed their satisfied.
3. More than 80% of nurses are satisfied with the application of CNPG

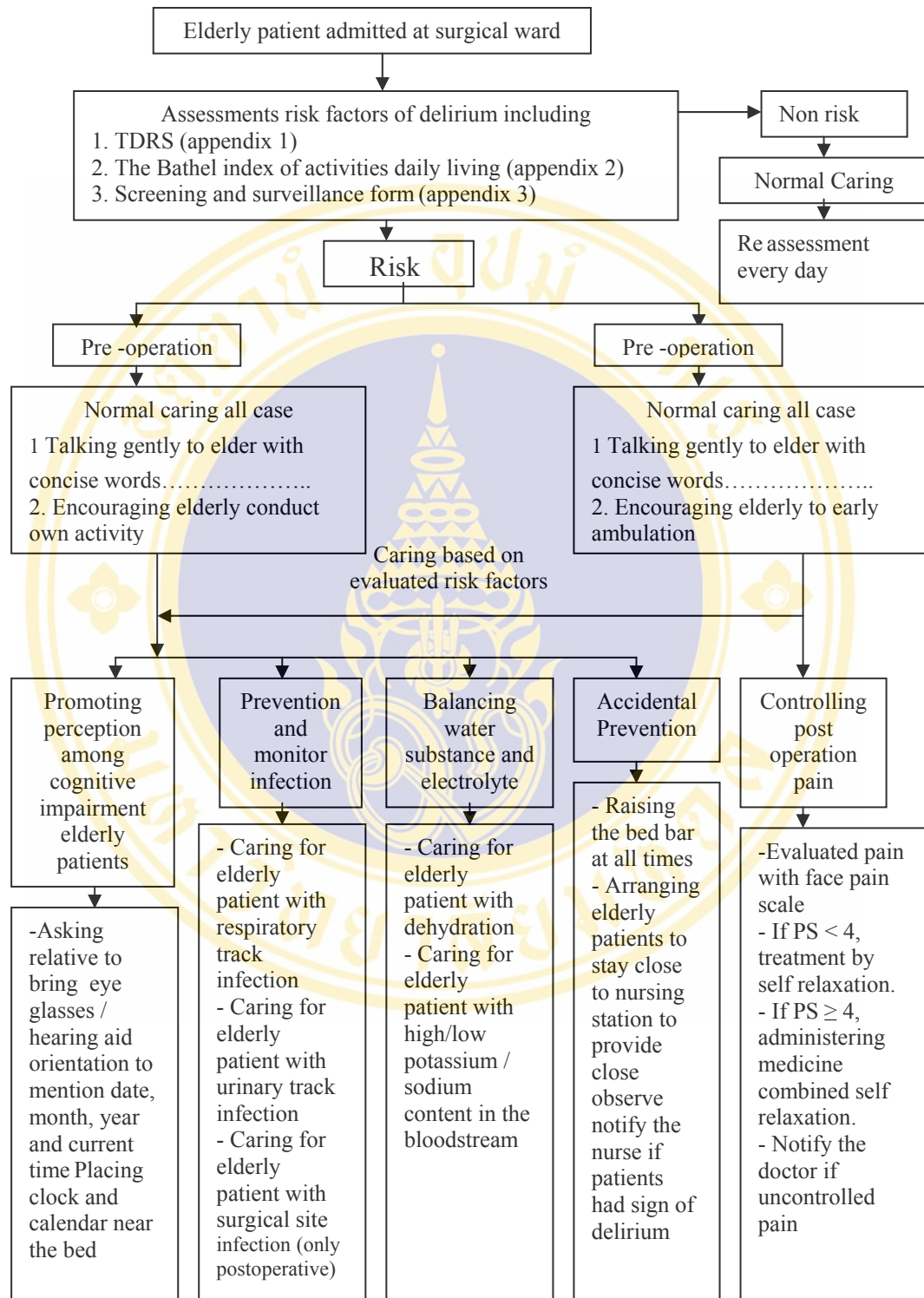


Chart 10. Clinical nursing practice guideline for prevention of postoperative delirium in elderly undergoing gastrointestinal surgery

Phase 3. Evidence-observed phase to improve the outcomes until the clinical nursing practice guideline can be actually implemented in the agency's context

Phase 4. Evidence-based phase involving periodical evaluation and continuous improvement to ensure effective implementation

Results

As this evidence-based clinical nursing practice guideline for prevention of postoperative delirium in elderly undergoing gastrointestinal surgery has not been tried out with the target group in a pilot study, the following recommendations are made:

1. This developed clinical nursing practice guideline should be tried out and evaluated in both process and outcome as well as improving it to match with division context and environment before having the actual implementation.
2. The development of this clinical nursing practice guideline should be done continuously by integrating with the division CQI and updating to meet the standard requirement of modern research.
3. Research outcome should be tested for its effectiveness in the application with the clinical nursing practice guideline both in long-term and short-term outcomes in order to compare the efficiency of outcomes from this application and its worthiness.
4. The application of clinical nursing practice guideline should be extended to other elderly risk group undergone surgery in other system as well as building the network to share knowledge in caring for career advancement and developing for more qualified and sustainable nursing practice.

บรรณานุกรม

- กุศลมาลย์ งามศิริ. (2543). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา ออประเสริฐ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกร. ใน *เบญจมาศปริชากุล และ เบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น* (หน้า 86 – 125). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ. พี. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร:บุญศิริการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์. 173 – 190 .
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พงษ์รพี ดันศิริ. (2539). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63 – 75.
- บุญศรี นุเกตุ และ ปาสีรัตน์ พรทวีกันทา. (2545). *การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บุศรา เอี้ยวสกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก. (2545). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 8(3), 209 – 223.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2546). เมื่อผู้สูงอายุต้องได้รับการผ่าตัด. *สารศิริราช*, 55(10), 607 – 618.
- พัฒมณท์ คุ่มทวีพร. (2546). พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก. ใน *ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล, และ พัฒมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 1 – 20). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- ราตรี สุดทรง และ วีระชัย สิงหนิยม. (2545). *ประสาทสรีรวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

- วราภา แหลมเพ็ชร. (2544). *การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2546). ความไม่สมดุลของน้ำ อิเล็กโทรไลต์. ใน *ติววรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) (หน้า 385 – 405). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- วันดี โภทะกุล. (2548). *มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสน์, และ รัตนา สายพานิชย์. (2543). การพัฒนา delirium rating scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(4), 325 – 332.
- สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสน์, และ รัตนา สายพานิชย์. (2543). คะแนนของ Thai delirium rating scale สัมพันธ์กับความรุนแรงของ delirium หรือไม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(4), 333 – 338.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2547). *รายงานสถิติมะเร็งประจำปี 2547*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถานวิทยามะเร็งศิริราช. (2548). *รายงานสถิติมะเร็งประจำปี 2548*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2550). *การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล*. ใน *การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ*. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พลเจริญ และ ไพบุญย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2547). *Evidence – based practice: การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการนำไปใช้*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 13 สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง Evidence – based practice: มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.

อัญชลี เตมีย์ประดิษฐ์, วรณัฐ ดันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤกษ์ และ อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. (2533).

Mini-mental state examintation (MMSE) แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความผิดปกติของสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, (35), 208 – 216.

Aizawa¹, K., Kanai¹, T., Saikawa¹, Y., Takabayashi, T., Kawano, Y., Miyazawa¹, N. et al. (2002). A novel approach to the prevention of postoperative delirium in the elderly after gastrointestinal surgery. *Journal of Surgery Today*, 32, 310 – 314.

Amador, F. L., Goodwin, S. J., (2005). Postoperative delirium in the older patient. *The American College of Surgeons*, 275 – 283.

Asher, E. M. (2004). Surgical considerations in the elderly. *American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 406 – 414.

Bekker, A. Y., Weeks, E. J. (2003). Cognitive function after anesthesia in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(2), 259 – 272.

Benoit, A. G., Campbell, B. I., Tanner, J. R., Staley, D., Wallbridge, H. R., Biehl, D. R. et al. (2005). Risk factors and prevalence of perioperative cognitive dysfunction in abdominal aneurysm patients. *Journal of Vascular Surgery*, 42(5), 884 – 890.

Bickley, S. L., & Szilagyi, G. P. (2003). *BATE's guide to physical examination and history taking* (8th ed.) (pp144, 157). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bourbonniere, M., & Evans, L. K. (2002). Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *The American Geriatrics Society*, 50, 2062 – 2076.

Burns, A., Gallagley, A., and Byrne, J. (2004). *Delirium. Journal of Neurosurg & Psychiatry*, 75, 362 – 367.

Canet, J., Raeder, J., Rasmussen, L. S., Enlund, M. H., Kuipers, M., Hanning, C. D., et al. (2003). Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(10), 1204 – 1210.

Culp, K. (2003). Acute confusion. In V. C. Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West, (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*. (3rd ed., pp. 155 – 71).

Culp, K. R., Wakefield, B., Dyck, M. J., Cacchione, P. Z., Decrane, S., & Decker, S.

- (2004). Bioelectrical impedance analysis and other hydration parameters as risk factors for delirium in rural nursing home residents. *The Journals of Gerontological Society of America*, 59, M813 – M817.
- Demeure, M. J., & Fain, M. J. (2006). The elderly surgical patient and postoperative delirium. *The American College of Surgeons*, 203(5), 752 – 757.
- Flaherty, J. H. (2006). Delirium. In M. S. J. Pathy, A. L. Sinclair, & J. E. Morley (Eds.), *Principles and practice of geriatric medicine vol. 2*. (4th ed., pp. 1047 – 1059). St Louis, MO: Wiley.
- Foreman, M., Mion, L., Trystad, L., & Fletcher, K. (1999). Standard of practice protocols: acute confusion / delirium. *Geriatric Nursing*, 20(3), 147 – 152.
- Franco, K., Litaker, D., Locala, J., & Bronson, D. (2001). The cost of delirium in the surgical patient. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 42(1), 68 – 73.
- Girouard, S. A. (2001). New directions for the advanced practice nurse in health care quality: performance and outcome improvement. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice an integrative approach* (2nd ed., pp. 755 – 794). Philadelphia: Saunders.
- Gleason, O. C. (2003). Delirium. *American Family Physician*, 67(5), 1027 – 1034.
- Hala, M. (2007). Pathophysiology of postoperative delirium: systemic inflammation as a response to surgical trauma causes diffuse microcirculatory impairment. *Medical Hypotheses*, 68, 194 – 196.
- Ichikawa, H., & Hayashi, S. (2004). Abdominal surgery in patients 90 years of age and older at a provincial general hospital. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 184 – 191.
- Inouye, S.K. (2000). Assessment and management of delirium in hospitalized older patients. *Annals of Long-Term Care*, 8(12), 53 – 60.
- Inouye, S. K. (2003). Delirium. In C. K. Cassel (Ed.), *Geriatric medicine an evidence – based approach* (4th ed., pp. 1113 – 1122). Newyork: Springer – Verlag.
- Inouye, S. K., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340, 669 – 676.

- Irving, K., Fick, D., & Foreman, M. (2006). Delirium: a new appraisal of an old problem. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 106–112
- Irving, K., Fick, D., & Foreman, M. (2006). Delirium, nursing practice and the future. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 121 – 127.
- Kaneko, T., Takahash, S., Naka, T., Hirooka, Y., Inoue, Y., & Kaibara, N. (1997). Postoperative delirium following gastrointestinal surgery in elderly patients. *Journal of Surgery Today*, 27, 107 – 111.
- Kehlet, H., Williamson, R., Buchler, M. W., & Beart, R. W. (2005). A survey of perceptions and attitudes among European surgeons towards the clinical impact and management of postoperative ileus. *European surgeons' perceptions of POI*, 24(7), 245 – 250.
- Killewich, L. A. (2006). Strategies to minimize postoperative deconditioning in elderly surgical patients. *The American College of Surgeons*, 1 – 11.
- Kojima, Y., & Narita, M. (2006). Postoperative outcome among elderly patients after general anesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 50, 19 – 25.
- Lantz, M. S., & Buchalter, E. (2003). Delirium: a major cause of morbidity in the older adult. *Clinical Geriatrics*, 11(2), 38 – 40.
- Lawrence, A. V., Hazuda, P. H., Cornell, E. J., Pederson, T., Bradshaw, T. P., Mulrow, D. C., et al. (2004). Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *Journal of American College Surgeons*, 199(5), 762 – 772.
- Litaker, D., Locala, J., Franco, K., Bronson, D. L., & Tannous, Z. (2001). Preoperative risk factors for postoperative delirium. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 84 – 89.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirious patients. *Journal American Geriatrics Society*, 53(4), 622 – 628.
- Marcantonio, E. R. (2005). Clinical management and prevention of delirium. *Psychiatry*, 4(1), 68 – 72.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., & Michaels, M. (2000). Delirium is independently

- associated with poor functional recovery after hip fracture. *The Journal of America Geriatric Society*, 48, 618 – 624.
- Marcantonio, E. R., Kiely, D. K., Simon, S. E., Orav, E. J., Jones, R. N., Murphy, K. M., et al. (2005). Outcome of older people admitted to postacute facilities with delirium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), 963 – 969.
- Marcantonio, E. R., Simon, S. E., & Bergmann, M. A. (2003). Delirium symptoms in postacute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *The Journal of America Geriatric Society*, 51, 4 – 9.
- Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. (2004). Early detection of postoperative delirium and confusion in a surgical ward using the NEECHAM confusion scale. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 158 – 163.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Ham, L., Podoba, E. J., & Haddad, R. L. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1327 – 1334.
- McCusker, J., Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Does delirium increase hospital stay. *The Journal of America Geriatric Society*, 51, 1539 – 1546.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Belzile, E., Primeau, F. (2001). Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Canadian Medical Association or its licensors*, 165(5), 575 – 583.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L., & Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients .a prospective study. *Journal of General Internal Medicine*, 18(9), 696–704.
- McGory, M. L., Shekelle, P. G., Rubenstein, L. Z., Fink, A., & Ko, C. Y. (2005). Developing quality indicators for elderly patients undergoing abdominal operations. *The American College of Surgeons*, 201(6), 670 – 883.
- Meagher, D. J., Norton, J. W., & Trzepacz, P. T. (2006). Delirium in the elderly. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (pp. 333 – 348). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B.M. & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence-base practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Miller, C. A. (2004). What nurses need to know about drugs as a cause of delirium. *Geriatric Nursing*, 25(2), 124 – 125.
- Minden, L. S., Carbone, A. L., Barsky, A., Borus, F. J., Fife, A., Fricchione, L. G., et al. (2005). Predictors and outcomes of delirium. *General Hospital Psychiatry*, 27, 209 – 214.
- Mythen, M. G. (2005). Postoperative gastrointestinal tract dysfunction. *The International Anesthesia Research Society*, 100, 196 – 204.
- Nishikawa, K., Nakayama, M., Omote, K., & Namiki, A. (2004). Recovery characteristics and post operative delirium after long duration laparoscope - assisted surgery in elderly patients: propofol- based vs. sevoflurane- based anesthesia. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, (48), 162 – 168.
- Oearsakul, B. (2000). *The incidence and factors related to acute confusional states in hospitalized elderly patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Ohki, T., Matsushima, E., Shibuya, M., & Sunamori, M. (2006). An evaluation strategy for the early detection of postoperative delirium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 277 – 282.
- Olin, K., Eriksdotter, J. M., Jansson, A., Herrington, M. K., Kristiansson, M., Permert, J. (2005). Postoperative delirium in elderly patients after major abdominal surgery. *British Journal of Surgery*, 92(12), 1559 – 1564.
- Orien, D. (2002). Acute postoperative delirium definitions, incidence, recognition, and interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(6), 384 – 392.
- Parker, M. J., Gurusamy, K., & Stoker, M. (2004). Surgery in elderly patients. *Current Orthopaedics*, 18, 333 – 344.
- Pasero, C., Rakel, B., & McCaffery, M. (2005). Postoperative pain management in the older adult. In S. J. Gibson, & D. K. Weiner (Eds.), *Pain in older persons, progress in pain research and management vol. 35*. (pp. 377 – 401). Seattle: IASP Press.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Lous, P. L., Samaras, D. et al. (2006). Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales. *Journal of The American Geriatrics Society*, 54(7), 1040 – 1045.
- Polit, F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. (7th ed.).

- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pompei, P. (2003). Delirium. In R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds.), *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* (6th ed., pp. 763 – 774). London: Churchill Livingstone.
- Rapp, C. G. (2004). Acute confusion / delirium research – based protocol. Retrieved November 18, 2006, from <http://www.nursing.uiowa.edu/gnirc>.
- Rockwood, K. (2005). Causes of delirium. *Psychiatry*, 4(1), 66 – 68.
- Senanarong, V., Harnphadungkit, K., Prayoonwiwat, N., Pongvarin, N., Sivasariyanonds, N., & Printarakul, T. (2003). A new measurement of activities of daily living for Thai elderly with dementia. *International psychogeriatrics*, 15(2), 135 – 148.
- Smith, D. J. (2004). Nursing management postoperative care. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical – surgical nursing assessment and management of clinical problems* (6th ed., pp. 393 – 414). St. Louis, MO: Mosby.
- Somprakit, P., Lertakyamanee, J., Satraratanamai, C., Wanicksamban, S., Silapadech, A., Chainchop, P. et al. (2002). Mental state change after general and regional anesthesia in adults and elderly patients, a randomized clinical trial. *Journal Medical Association of Thailand*, 85(3), S875 – S883.
- Soukup, M. (2000). The center of advanced nursing practice evidence – based practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301 – 309.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A. et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing*, 34(2), 152 – 156.
- Tune, L. E. (2001). Anticholinergic effects of medication in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(21), 11 – 14.
- Wakefield, B. J. (2002). Risk for acute confusion on hospital admission. *Clinical Nurse*, 11(153), 124 – 172.
- Weber, J. B., Coverdale, J. H., & Kunik, M. E. (2004). Delirium: current trends in prevention and treatment. *Internal Medicine Journal*, 34, 115 – 121.



ตารางสรุปงานวิจัย

รายการ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Nishikawa, K., Nakayama, M., Omote, K., & Namiki, A. (2004). Recovery characteristics and postoperative delirium after long duration laparoscope - assisted surgery in elderly patients: propofol- based vs sevoflurane- based anesthesia / Acta Anaesthesiologica Scandinavica, (48), 162–168 / Hokkaido Saiseikai Otaru Hospital.
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้ propofol และ sevoflurane ร่วมกับการระงับความรู้สึก ต่อผลของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องที่ใช้เวลา ≥ 3 ชั่วโมง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ 50 คน ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องผ่านกล้องที่ใช้เวลา ≥ 3 ชั่วโมง โดยสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึก จำนวน 25 คน และ กลุ่มที่ใช้ sevoflurane ร่วมกับการระงับความรู้สึก จำนวน 25 คน
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน Delirium Rating Scale (DRS)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบ กับกลุ่มควบคุม (RCT) เป็นงานวิจัยระดับ 2
ผลการวิจัย	กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึกเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัด 4 คน โดยเกิดหลังผ่าตัดในวันที่ 2 จำนวน 1 คน และวันที่ 3 จำนวน 3 คน และ กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ sevoflurane ร่วมกับการระงับความรู้สึกไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัด คะแนน DRS วันที่ 2 และ 3 หลังการผ่าตัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึก สูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ sevoflurane ร่วมกับการระงับความรู้สึก
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพ และ ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ 2. งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบ เทียบ กับกลุ่มควบคุม มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การใช้เครื่องมือ DRS ประเมิน mental status ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง จะต้องเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้ป่วยที่ใช้ propofol ร่วมกับการระงับความรู้สึก

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Somprakit, P., Lertakyamane, J., Satraratanamai, C., Wanicksamban, S., Silapadech, A., Chainchop, P, et al. (2002). Mental state change after general and regional anesthesia in adults and elderly patients, a randomized clinical trial. <i>Journal Medical Association of Thailand</i> , 85(3), S875 - S883 / ภาควิชาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
วัตถุประสงค์	1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกตัวระหว่าง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ และ ผู้ป่วยวัยสูงอายุ หลังได้รับยา ระงับความรู้สึกทั่วไป และ วิฉเฉพาะส่วน 2. หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนความรู้สึกตัว เช่น เพศ การศึกษา การเสียเลือด > 30% ของ ปริมาตรเลือดทั้งหมดในร่างกาย ความดันต่ำ > 20% ของความดันเดิมนาน 5 นาที ระหว่างการ ผ่าตัด O ₂ sat ต่ำ < 92%ขณะผ่าตัด และ การได้รับยาระงับอาการปวด กลุ่ม narcotic drug ภายใน 6 ชั่วโมงก่อนการประเมินคะแนนความรู้สึกตัว
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยอายุ < 60 ปี จำนวน 60 คน และ ผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปีจำนวน 60 คน โดยการสุ่มเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยอายุ < 60 ปี ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป 30 คน และได้รับการระงับความรู้สึก เฉพาะส่วน 30 คน กับ ผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปีที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป 30 คน และ ได้รับ การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน 30 คน
เครื่องมือที่ใช้	เครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกตัว Thai Mental Status Examination (TMSE)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (RCT) เป็นงานวิจัยระดับ 2
ผลการวิจัย	วิธีการระงับความรู้สึกที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคะแนนความรู้สึกตัว ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคะแนน ความรู้สึกตัวคือ อายุ ระดับการศึกษา และ การได้รับยาระงับอาการปวดกลุ่ม narcotic drug ภายใน 6 ชั่วโมงก่อนการประเมินคะแนนความรู้สึกตัว ซึ่งค่าคะแนนมีความสัมพันธ์กับการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันคือ เมื่อค่าคะแนนความรู้สึกตัวอยู่ในระดับต่ำกว่า 24 คะแนน แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติด้านการรู้คิดซึ่งเป็นอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัย และกระบวนการวิจัย มีความเหมาะสม ผลการวิจัยสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ มีความน่าเชื่อถือ
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. เป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว มีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย ใช้ได้สะดวก และ มีความไวในการประเมิน 3.2 พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งกับการปฏิบัติงานที่ทำเดิม วิธีการไม่ ยุ่งยาก สามารถใช้ร่วมกับการประเมินอาการของผู้ป่วยซึ่งเป็นงานประจำ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประ โยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูป แบบเดิม ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์จากการประเมินระดับความรู้สึกตัว
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ > 60 ปี และได้รับยาระงับอาการปวด กลุ่ม narcotic drug

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. <i>Age and Ageing</i> , 34(2), 152-156/ Two acute admissions wards in a busy inner – city teaching hospital.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อุดมการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง การดูแลเพื่อป้องกัน ตลอดจนการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ 250 คนที่มีอายุ ≥ 70 ปี สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 122 คน และ กลุ่มควบคุม 128 คน กลุ่มตัวอย่างใน intervention ward จะได้รับการดูแล จากทีมแพทย์ และ พยาบาลที่ผ่านการอบรมให้ความรู้ตามโปรแกรมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างใน control ward จะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ และ พยาบาลตามปกติ
เครื่องมือที่ใช้	เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน Delirium Rating Scale (DRS)
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่ม เป็นงานวิจัยระดับ 3
ผลการวิจัย	กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน น้อยกว่า กลุ่มควบคุม
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบวิจัย กระบวนการวิจัยมีความเหมาะสม และมีความน่าเชื่อถือทำให้ทราบว่าการให้ความรู้กับทีมดูแลทำให้ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถนำมาใช้ได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	- ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข - เป็นการวิจัยกรณีศึกษาเชิงวิเคราะห์ มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมเพราะลักษณะหน่วยงานและ กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน - พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์และมีสิทธิโดยชอบใน การประสานความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล - การจัดโครงการอบรมความรู้ โดยทำเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ตลอดจนได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล และ ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลดีขึ้นด้วย
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง และการดูแลเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำการวิจัย	Canet, J., Raeder, J., Rasmussen, L. S., Enlund, M. H., Kuipers, M., Hanning, C. D., et al. (2003). Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. <i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> , 47(10), 1204–1210./โรงพยาบาล 12 แห่ง ใน 7 ประเทศ ที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้ Protocol เดียวกัน
วัตถุประสงค์	เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของ POD ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดขนาดเล็ก
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 372 คน เป็นผู้ป่วยใน 199 คน และ ผู้ป่วยนอก 173 คนที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยในจะต้องนอน admit ก่อนกินผ่าตัด 1 คืน และอยู่หลังผ่าตัด 1 วัน ส่วนผู้ป่วยนอกเป็นผู้สูงอายุที่ทำการผ่าตัดในวันเดียว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคระบบประสาทส่วนกลาง หรือได้คะแนน MMSE < 24 ผู้ป่วยจิตเวช หรือได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า มีปัญหาการมองเห็น ประสาทการได้ยินพิการ ดิกลิ้น (คีม >5 unit ติดต่อกันในระยะเวลา 3 เดือน)จะถูกคัดออก
เครื่องมือที่ใช้	ประเมิน cognitive status โดยใช้ Subjective Cognitive Functioning questionnaire (SCF), ทดสอบสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุโดยใช้ Geriatric Depression Scale (GDS) และ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ The Instrumental Activity of Daily Living (IADL)
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดเล็กเกิดภาวะสับสนน้อยกว่าผู้ป่วยใน พบมากในกลุ่มที่อายุ > 75 ปี และ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น การนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะขาดน้ำ การกระตุ้นประสาทรับสัมผัสมากเกินไป และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเล็กเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพดี มีความน่าเชื่อถือ ผลของการวิจัยสามารถนำมาประเมินเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงได้ 2. งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าควบคุม มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่อายุ > 75 ปี มีปัญหาการนอนหลับ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะขาดน้ำ ได้รับการกระตุ้นประสาทรับสัมผัสมากเกินไป และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Franco, K., Litaker, D., Locala, J., & Bronson, D., (2001). The Cost of Delirium in the Surgical Patient. <i>The Academy of Psychosomatic Medicine</i> , 42(1), 68-73./ The Cleveland Clinic.
วัตถุประสงค์	ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดกับค่ารักษาพยาบาล
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 500 คนอายุ > 50 ปีที่ได้รับการผ่าตัดแบบ elective case
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินจำนวนและความรุนแรงของโรคร่วม The Charlson Comorbidity Index (CCI), แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆก่อนผ่าตัด Special Activity Scale (SAC), แบบประเมินความรู้สึกร่วมของผู้สูงอายุขณะอยู่ใน โรงพยาบาล Confusion Assessment Method (CAM), แบบประเมินความรู้สึกร่วมของผู้สูงอายุทางโทรศัพท์เมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้าน Telephone Intervention for Cognitive Status(TICS)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยศึกษาย้อนหลัง เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆก่อนผ่าตัดต่ำ ร่วมกับมีจำนวนและความรุนแรงของโรคร่วมมากจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูง ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ ค่ารักษาพยาบาลทั้งค่ารักษาโดยตรง และ ค่ารักษาอื่นๆ ของกลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มากกว่า กลุ่มที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย คุณภาพของกระบวนการวิจัยดี และ ผลการวิจัย มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	- ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข - เป็นงานวิจัยศึกษาย้อนหลัง มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน - พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการประเมินปัจจัยเสี่ยง และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมตามความสามารถ - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์และคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุจะต้อง ประเมินความรุนแรงของโรคร่วม และ จำนวนของโรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการดูแลหลังผ่าตัด จะช่วยลดจำนวนวันนอนและ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Litaker, D., Locala, J., Franco, K., Bronson, D. L., & Tannous, Z., (2001). Preoperative risk factors for postoperative delirium <i>General Hospital Psychiatry</i> , 23(2), 84-89. / Cleveland Clinic.
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มตัวอย่างที่ทำผ่าตัดแบบ elective case และ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัดที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบ elective case จำนวน 500 คน
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินคะแนนความรู้สึกดาว Mini- Mental Status Examination (MMSE) แบบประเมินความรู้สึกดาวของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล Confusion Assessment Method (CAM) และแบบประเมินความรู้สึกดาวของผู้ป่วยทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน Telephone Intervention for Cognitive Status(TICS)
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้ป่วย 57 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดในวันที่ 1 – 4 ผู้ป่วยที่มีค่าผิดปกติของโปแตสเซียม คือ $3 > K^+ > 6$ mmol / dl โซเดียม คือ $130 > Na^+ > 156$ mmol / dl และ น้ำตาลในกระแสเลือด คือ $60 > BS > 300$ mg / dl ก่อนการผ่าตัด จะส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัย กระบวนการวิจัยดี และ ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือสามารถนำมาประเมินปัจจัยเสี่ยงได้
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. เป็นการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปเดิม สามารถปฏิบัติควบคู่กับงานประจำได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ทำให้เพิ่มการตระหนักถึงความเสี่ยงและทำการป้องกันได้ก่อน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจที่ผิดปกติ ได้แก่ $3 > K^+ > 6$ mmol / dl, $130 > Na^+ > 156$ mmol / dl และ $60 > BS > 300$ mg / dl

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำการศึกษา	Lundstrom, M., Edlund, A., & Karlsson, S., (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirium patients <i>Journal American Geriatrics Society</i> , 53(4), 622-628/ Department of General internal medicine, Sundsvall Hospital.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาว่าการให้การดูแลแบบใหม่โดยจะมีการดูแลผู้สูงอายุแบบปัจเจกบุคคล ตามปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินได้ ร่วมกับการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และ ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ 400 คน ที่มีอายุ ≥ 70 ปีทุกคนมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิด สุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ให้ intervention 200 คนโดยจะมีการเปลี่ยนระบบการดูแลและเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นเฉพาะรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุดร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ส่วนกลุ่มควบคุม 200 คนได้รับการดูแล ตามรูปแบบเดิมทุกคนจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลคนเดียวกันทั้งหมด และ ไม่มีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินคะแนนความรู้สึกรู้ตัว Mini – Mental Status Examination (MMSE) และ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ Katz ADL Index
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามระบบใหม่ จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบเดิม และ มีความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบเดิม ทำให้ผู้สูงอายุและญาติพึงพอใจ
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพ ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ มีความน่าเชื่อถือ การเทียบเคียงสู่การปฏิบัติสามารถทำได้จริง
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงในแง่ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง - เป็นงานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมเพราะหน่วยงานและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกันการให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยและการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมมีความเป็นไปได้ - พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม เกิดการประสานงานกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้ดูแลลดลง และ การสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Marcantonio, E. R., Kiely, D. K., Simon, S. E., Orav, E. J., Jones, R. N., Murphy, K. M., et al. (2005). Outcome of older people admitted to post acute facilities with delirium. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 53(6), 963–969. / โรงพยาบาล Post acute 7 แห่ง ใน Boston
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 504 คนที่มีอายุ ≥ 65 ปีที่ admit ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน มีปัญหาด้านการสื่อสาร และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่คาดว่าจะมีอายุ < 6 เดือนจะถูกคัดออก
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินความรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วย Confusion Assessment Method (CAM), แบบประเมินจำนวนและความรุนแรงของโรคร่วม The Charlson Comorbidity Index (CCI), และ แบบประเมินอัตราการตายภายใน 6 เดือน National Death Index (NDI)
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาไปข้างหน้า งานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะเกิดภาวะแทรกซ้อน 73% มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 30 วัน 30% สามารถจำหน่ายกลับสู่ชุมชนได้ 30% และ มีอัตราการเสียชีวิต 25%
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย กระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความสอดคล้องกัน มีความน่าเชื่อถือในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงได้ - งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะลักษณะกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม - ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้ - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การที่ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ไม่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M., (2004). Early detection of postoperative delirium and confusion in a surgical ward using the NEECHAM confusion scale. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 26(2), 158-163./ Tokyo Metropolitan Okubo General Hospital.
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาวิธีการในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว และเปรียบเทียบประสิทธิภาพความไวของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคะแนนความรู้สึกดาวของผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 64 คน เป็นเพศชาย 31 คน และ เพศหญิง 33 คนที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป
เครื่องมือที่ใช้	ประเมินคะแนนความรู้สึกดาว Mini-Mental Status Examination (MMSE), ประเมินคะแนนความรู้สึกดาวที่พัฒนาขึ้นใหม่ NEECHAM Confusion scale (NCS)
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับที่ 4
ผลการวิจัย	การใช้เครื่องมือ NEECHAM Confusion scale (NCS) มีความไว ในการประเมิน Mental status ของผู้สูงอายุ เหมือนกับ การใช้ Mini-Mental Status Examination (MMSE)
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัยมีคุณภาพ ผลของการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และมีความน่าเชื่อถือสามารถนำมาใช้ได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	- ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข - เป็นการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมเพราะหน่วยงานและกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกันในการผ่าตัด และมีจำนวนมากเพียงพอที่จะใช้เปรียบเทียบผลการทดลองได้ - พยาบาลมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ สามารถประยุกต์เข้ากับงานประจำได้ - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การใช้เครื่องมือ NEECHAM Confusion scale (NCS) ในการประเมิน Mental status มีความไว และมีความเหมาะสมที่จะใช้ในผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Ham, L., Podoba, E. J., & Haddad, R. L., (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 49(10), 1327 – 1334. / โรงพยาบาลปทุมภูมิที่ university affiliated.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 444 คน ที่มีอายุ ≥ 65 ปี อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 326 คน และไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 118 คน
เครื่องมือที่ใช้	เครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกดาว Mini - Mental Status Examination(MMSE), เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน Delirium Rating Scale (DRS)
ระเบียบวิธีวิจัย	การศึกษาย้อนหลัง เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	ความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนน DRS ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ชนิดของหน่วยงาน (หอผู้ป่วยหนัก) ผู้สูงอายุที่นอนรักษาด้านาน จำนวนครั้งของการย้ายห้อง หรือเปลี่ยนหอผู้ป่วย การที่ไม่มีนาฬิกา หรือปฏิทินในห้อง การผูกมัดโดยเครื่องมือทางการแพทย์ การที่ไม่มีแวนสายตา และ ระดับของการได้รับสิ่งกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัยเหมาะสม และ ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความน่าเชื่อถือ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	1. งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงได้ 2. งานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะกลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกันในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม 3.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	เครื่องมือ DRS สามารถวัดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันได้ การเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้สูงอายุที่นอนรักษาด้านาน มีการเปลี่ยนย้ายห้องหรือย้ายหอผู้ป่วย การที่ไม่มีนาฬิกา หรือ ปฏิทินในห้อง การผูกมัดโดยเครื่องมือทางการแพทย์ การที่ไม่มีแวนสายตา และ ระดับของการได้รับสิ่งกระตุ้นที่มากหรือน้อยเกินไป

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำการวิจัย	Oearsakul, B. (2000). <i>The incidence and factors related to acute confusional states in hospitalized elderly patients</i> . Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand. / หอผู้ป่วยในอายุรกรรมจำนวน 5 ward ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุ จำนวน 254 คน อายุระหว่าง 60 – 94 ปี คัดเลือกโดยยึดตามเกณฑ์งานวิจัยไม่มีการสุ่มและไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยด้านโรคประจำตัว ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย Thai Delirium Rating Scale (TDRS), แบบบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการ และ แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	พบอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลัน 6.3% เริ่มมีอาการในวันที่ 2 – 6 และพบว่ามียาอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้รับยา > 3 กลุ่ม หรือ ได้รับยาจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และ จำนวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพดี มีความน่าเชื่อถือ เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย มีอำนาจในการทำนายสูง
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	- งานวิจัยฉบับนี้เป็นการทดสอบเครื่องมือ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยง ได้งานวิจัยฉบับตรงกับปัญหาทางคลินิกที่กำหนดไว้ กระบวนการเก็บข้อมูลในงานวิจัยสามารถทำได้จริง และ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาได้ - งานวิจัยวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ มีความน่าเชื่อถือ แต่มีข้อจำกัดคือไม่ได้ระบุว่าผู้ที่ทำการใช้ TDRS ได้ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินผล - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และบริบทของคนไทย เพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกันในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง - ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้ - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี รับประทานยาหลายชนิด หรือ รับประทานยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิตเวช โดยใช้เครื่องมือ TDRS จะทำให้ค้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Ohki, T., Matsushima, E., Shibuya, M., & Sunamori, M., (2006). An evaluation strategy for the early detection of postoperative delirium. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> . 60 (3), 277–282 / Tokyo Medical and Dental University Hospital, Tokyo, Japan.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัด และ การพยาบาลในการจัดการอาการในระยะแรก
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุจำนวน 66 คน ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม delirium, pre delirium และ no delirium
เครื่องมือที่ใช้	เครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว Japanese – language version of Mini-Mental Status Examination (MMSE) และ เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน Delirium Rating Scale (DRS)
ระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	มีผู้สูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัดร้อยละ 10.3 ระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัดคือ 1.3 ± 0.5 วัน ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ได้รับการผ่าตัด คะแนน DRS หลังผ่าตัดของกลุ่ม delirium สูงกว่ากลุ่ม pre delirium
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบงานวิจัยเหมาะสม กระบวนการวิจัยมีคุณภาพและ ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	- ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติ ในการให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดปัญหาได้ - เป็นการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า มีความน่าเชื่อถือ - แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ - ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้ - พยาบาลมีความรู้ ประสพการณ์และมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ไม่ขัดแย้งและรบกวนการปฏิบัติรูปเดิม วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน - การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีโอกาสเกิดประโยชน์มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การประเมิน cognitive status ของผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการเฝ้าระวัง และให้การพยาบาล เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	Olin, K., Eriksdotter, J. M., Jansson, A., Herrington, M. K., Kristiansson, M., Permert, J., et al. (2005). Postoperative delirium in elderly patients after major abdominal surgery. <i>British Journal of Surgery</i> . 92(12). 1559-1564. / Huddinge University Hospital.
วัตถุประสงค์	1. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง 2. เพื่อทดสอบความสามารถของค่าคะแนน MMSE ในการทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ หลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 65 ปี จำนวน 51 คนที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้องโดยไม่ใช้กล้องเป็นผู้นำขั้วผ่าตัด และ ใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้สูงอายุที่คัดออกคือ มีภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนผ่าตัด มีปัญหาในการสื่อสาร หรือมีความพร้อมทางการได้ยิน และ การมองเห็นอย่างรุนแรง และเจ็บป่วยทางจิต
เครื่องมือที่ใช้	เครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกตัว Mini - Mental Status Examination (MMSE)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยแบบการศึกษาไปข้างหน้าในระยะยาว เป็นงานวิจัยระดับ 4
ผลการวิจัย	1. ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 26 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และ ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 2. ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่ามากกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบวิจัยเหมาะสม และมีความน่าเชื่อถือสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข 2. เป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงานเพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 พยาบาลสามารถปฏิบัติได้วิธีการไม่ยุ่งยาก สามารถใช้ร่วมกับการประเมินอาการของผู้ป่วยซึ่งเป็นงานประจำ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์จากการประเมินระดับความรู้สึกตัว
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	การประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ อายุ > 65 ปี มีภาวะซึมเศร้า หรือสูญเสียเลือด ได้รับการผ่าตัดเป็นเวลานาน

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำการวิจัย	สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน, และ รัตนา สายพานิชย์. (2543). การพัฒนา delirium rating scale ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(4), 325 – 332.. / โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนา DRS ฉบับภาษาไทย
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 85 คนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทำการทดสอบความแม่นยำของเครื่องมือ โดยใช้เครื่องมือ DRS ที่แปลเป็นภาษาไทย เปรียบเทียบการวินิจฉัยของจิตแพทย์โดยใช้เกณฑ์ของ DSM – IV แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 40 รายอายุเฉลี่ย 65.4 ปี, ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 15 คนอายุเฉลี่ย 62.47, ผู้ป่วย functional psychosis 15 คนอายุเฉลี่ย 34.2 ปี, และ ผู้ป่วย functional non psychosis 15 คนอายุเฉลี่ย 45.47 ปี
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย TDRS และ แบบประเมินคะแนนความรู้สึกตัวฉบับภาษาไทย thai mental status examination (TMSE)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ เป็นงานวิจัยระดับ 6
ผลการวิจัย	ความไวของเครื่องมือร้อยละ 97, ความจำเพาะร้อยละ 91, การทำนายเชิงบวก (positive predictive) ร้อยละ 91, และ การทำนายเชิงลบ (negative predictive) ร้อยละ 98 ซึ่งแตกต่างกับต้นฉบับ คือ ค่าความไวร้อยละ 94 และความจำเพาะร้อยละ 82 ซึ่งความแตกต่างอาจจะเกิดจากที่คณะผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา ข้อความในบางข้อในแบบประเมินให้ชัดเจน และ เหมาะกับบริบทของคนไทย มีความแม่นยำใกล้เคียงกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ รวมถึง สามารถแยกภาวะสับสนเฉียบพลันออกจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ และ ภาวะสมองเสื่อมได้
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัย กระบวนการวิจัยมีคุณภาพดี มีความน่าเชื่อถือ เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยมีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย มีอำนาจในการทำนายสูง
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. งานวิจัยฉบับนี้เป็นการทดสอบเครื่องมือ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงได้ 2. งานวิจัยวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และบริบทของคนไทย เพราะมีลักษณะและกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน 3.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมเพียงพอ สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้ 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	เครื่องมือ TDRS มีอำนาจในการทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุสูง

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์ / เรื่อง / แหล่งทำ การวิจัย	สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสน, และ รัตนา สายพานิชย์. (2543). คะแนนของ thai delirium rating scale สัมพันธ์กับความรุนแรงของ ภาวะสับสน เฉียบพลันหรือไม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(4), 333 – 338. / โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
วัตถุประสงค์	ศึกษาว่าระดับคะแนนของ TDRS สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันหรือไม่
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันขณะอยู่โรงพยาบาล 40 คน ไม่ได้ระบุอายุ หรือโรคประจำตัว
เครื่องมือที่ใช้	แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย TDRS, แบบ ประเมินความรุนแรงด้านอาการ และการสูญเสียหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย global assessment score (GAS), และ แบบประเมินคะแนนความรู้สึกลักษณะจิตเวชฉบับภาษาไทย thai mental status examination (TMSE)
ระเบียบวิธีวิจัย	งานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ TDRS, TMSE, และ GAS งานวิจัยระดับ 6
ผลการวิจัย	ค่าคะแนนรวม TMSE มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าคะแนน GAS ที่ $p < .01$, ค่าคะแนนรวม TDRS มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าคะแนน GAS ที่ $p < .01$, และ ค่าคะแนนรวมของ TDRS มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าคะแนน TMSE ที่ $p < .05$ และพบว่าคำถามที่สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันคือ คำถามที่เกี่ยวกับ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว, ภาวะการรับรู้ลักษณะประเมิน, ความผิดปกติของ วงจรการหลับตื่น, ความแปรปรวนด้านอารมณ์, และ การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ ดังนั้น ข้อคำถาม 5 ใน 10 ข้อของ TDRS ที่กล่าวมาข้างต้นสามารถใช้บอกใช้วัดระดับความรุนแรงของ ภาวะสับสนเฉียบพลันได้
การประเมิน คุณภาพงานวิจัย	การออกแบบการวิจัยไม่ได้มีการบ่งบอกชัดเจน ซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการนำผล ของการวิจัยไปใช้
การประเมิน ความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้	1. งานวิจัยฉบับนี้มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ แก้ไข สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงได้ 2. งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าควบคุม มีความน่าเชื่อถือ 3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ 3.1 มีความเหมาะสมกับบริบทของคนไทย ข้อคำถามเข้าใจง่ายสามารถประเมินได้โดยไม่ต้อง แปลความหมาย 3.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย แต่สามารถใช้เป็นตัวแทนได้เนื่องจากมี > 30 คน 3.3 การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง มีประโยชน์ในการติดตามการให้การรักษายา
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	TDRS สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันได้

ภาคผนวกที่ 1 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

(สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน, และ รัตนา สายพานิชย์, 2543)

คำชี้แจง แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการประเมิน 10 องค์ประกอบดังนี้

- ข้อ 1 ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ.....
- ข้อ 2 ความผิดปกติด้านการรับรู้.....
- ข้อ 3 ชนิดของอาการประสาทหลอน.....
- ข้อ 4 อาการหลงผิด.....
- ข้อ 5 พฤติกรรมการเคลื่อนไหว.....
- ข้อ 6 กระบวนการคิดรู้ขณะทำการประเมิน.....
- ข้อ 7 โรคทางกาย.....
- ข้อ 8 ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น.....
- ข้อ 9 ความแปรปรวนด้านอารมณ์.....
- ข้อ 10 การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ.....

การแปลผลคะแนน (คะแนน 0 – 32 คะแนน)

- คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 9 แสดงถึง.....
- คะแนนรวมตั้งแต่ 10 ขึ้นไป แสดงถึง.....

คำแนะนำการใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก และ คณะ, 2543)

ภาคผนวกที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(The Barthel index of activities daily living) (Senanarong et al, 2003)

การแปลผลคะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

- ระดับที่ 1 คะแนน 0 – 20 หมายถึง.....
- ระดับที่ 2 คะแนน 25 – 45 หมายถึง.....
- ระดับที่ 3 คะแนน 50 – 70 หมายถึง.....
- ระดับที่ 4 คะแนน 75 – 90 หมายถึง.....
- ระดับที่ 5 คะแนน 95 – 100 หมายถึง.....

ภาคผนวกที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

(Rapp, 2004)

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี เพศ
 การวินิจฉัยโรค วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

1. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีสัญลักษณ์ * หมายถึง.....
2. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่มีสัญลักษณ์ * 1- 2 ข้อ หมายถึง.....
3. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่มีสัญลักษณ์ * ≥ 3 ข้อ หมายถึง.....

ภาคผนวกที่ 4 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อ

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก.....
2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก.....
3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น
4. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับยา..... และติดตามเฝ้าระวัง.....
5. กรณีมีไข้ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ดูแล.....ร่วมกับ.....
6. กรณีมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ.....
7. กรณีมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ.....
8. กรณีมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด.....

ภาคผนวก 5 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

ภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำ

1. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับ..... (McGory et al, 2005)
2. บันทึก.....
3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เช่น ปากแห้ง
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของ.....

ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

1. ดูแลให้ได้รับ.....
2. บันทึก.....
3. จำกัดกิจกรรมเพื่อ.....และ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง
.....(McGory et al, 2005)
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของ.....

ภาวะโซเดียมในเลือดสูง

1. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับ.....
2. สังเกตอาการหอบเหนื่อย.....ร่วมกับบันทึก.....(ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา
รณฤทธิ์วิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2543)
3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น

ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

1. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับ..... เนื่องจากโปแตสเซียมเป็นยาที่มีอันตรายหากได้รับ
ในปริมาณที่มาก หรือความเข้มข้นสูง การบริหารยาผู้สูงอายุ จะต้อง.....
2. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ เพื่อ.....ร่วมกับ สังเกตอาการผิดปกติ
เช่น กล้ามเนื้อเป็นตะคริว.....(ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิ์วิชัย,
วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2543)
3. แนะนำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยง.....
4. บันทึก.....
5. ติดตามผลการตรวจ.....

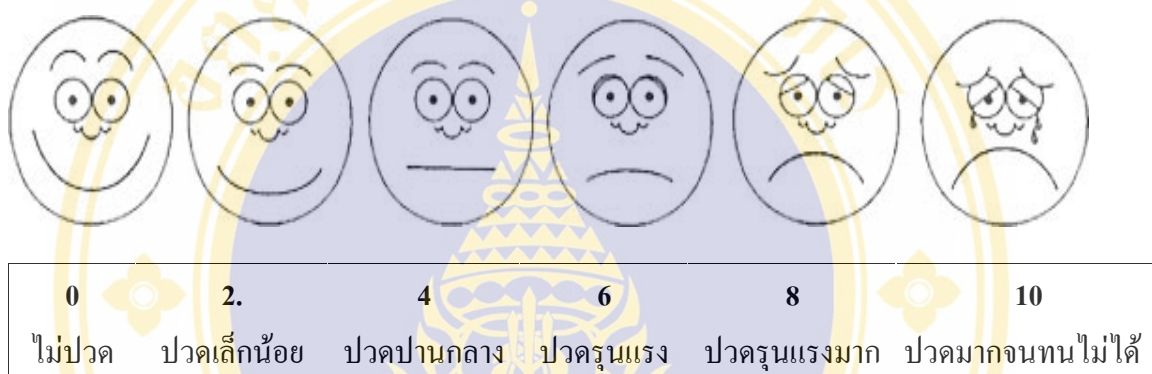
ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง

1. กระตุ้นให้มีการดื่มน้ำมากๆ เพื่อ.....
2. บันทึก.....ร่วมกับสังเกตอาการ เช่น ท้องเดิน(ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา
รณฤทธิ์วิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และ พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2543)
3. ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการพยาบาลดังนี้
 - 3.1 ยาขับปัสสาวะ สังเกต.....
 - 3.2 kayexalate + sorbital
 - 3.3 50 % glucose + regular insulin.....
4. ติดตามผลการตรวจ.....

ภาคผนวกที่ 6 การพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

อธิบายวิธีการประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่แทนด้วยภาพใบหน้าคน (face pain scale) ให้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เหตุผลที่ใช้เครื่องมือนี้เนื่องจาก (Pautex et al, 2006) เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่แทนด้วยภาพใบหน้าคน มีลักษณะ ดังนี้



สอนวิธีการผ่อนคลายโดย..... จากนั้นให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล.....

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ ร่วมกับสังเกตอาการแสดงของความเจ็บปวด เช่น ขมวดคิ้ว.....

1.1 กรณีคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัด < 4 ให้การพยาบาลโดย.....

1.2 กรณีคะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ≥ 4 ให้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกับ.....

ติดตามประเมินผล.....ประเมิน..... (Pasero, 1994 อ้างใน Pasero,

Rakel, & McCaffery, 2005) ในกรณีที่ต้องให้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์เพิ่มเติม

การประเมินความปลอดภัยในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยมีค่าคะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง.....

1 คะแนน หมายถึง

2 คะแนน หมายถึง.....

3 คะแนน หมายถึง.....

4 คะแนน หมายถึง.....

กรณีคะแนนระดับความรู้สึกตัว > 2 ให้ติดตามประเมิน.....

2. ประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้สูงอายุ หลัง.....ดังต่อไปนี้
- หลังการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง.....
- หลังได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ
- หลังได้รับยาฉีดทางกล้ามเนื้อ
- หลังรับประทานยา
- หากอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดของยาที่เหมาะสม



ภาคผนวกที่ 7

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ
ป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าท่านสามารถปฏิบัติ.....			
2. ท่านคิดว่าการพยาบาลที่ท่านได้รับ.....			
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจ.....			

ข้อเสนอแนะ.....
.....

ภาคผนวกที่ 8

แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิด
ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้มีความ.....			
2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ช่วยให้.....			
3. ท่านคิดว่าการพยาบาลนี้ สามารถใช้.....			
4. ท่านมีความพึงพอใจใน.....			

ข้อเสนอแนะ.....
.....

ภาคผนวกที่ 9

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ปิยะ โตเต็มโชคชัยการ
ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลเวชธานี
2. นายแพทย์ วิบูลย์ ชัยยะมงคล
ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลเวชธานี
3. อาจารย์ สกฤตน์ เตียววานิช
อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวจุฬพร ประสงค์
พยาบาลวิชาชีพ ตึก 72 ปี ชั้น 7 หุ่นเหินือ โรงพยาบาลศิริราช
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาศัลยศาสตร์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว กชพนิต ชันดีจิตร
วัน เดือน ปีเกิด	22 มีนาคม 2521
สถานที่เกิด	อุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น, พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเวชธานี กรุงเทพมหานคร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ โทรศัพท์ 02 – 7340000 ต่อ 8200 E – mail kk_piggaju@hotmail.com
ที่อยู่	114 หมู่ 4 ต. โพธิ์ไทร อ. โพธิ์ไทร อุบลราชธานี โทรศัพท์ 045 - 335032