



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง

จรรยาพร ทะแกลัวพันธุ์*, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล^{1**}, วาสนา มั่งคั่ง*, ดวงรักษ์ สวัสดิภาพ***

(วันรับบทความ : 11 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 11 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ : 18 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูชีพ (2000) ซึ่งมี 4 ระยะคือ 1) การค้นหาประเด็นปัญหา 2) การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน ในการศึกษาครั้งนี้จัดทำถึงระยะที่ 3 ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วนำมาสังเคราะห์สร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.90 ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วย The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II โดยผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 และประเมินผล การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้โดยพยาบาล 20 คน ด้วยแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจ ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 23 เรื่อง มีสาระสำคัญ 3 หมวด 2) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้จริง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.65, S.D. = 0.47) และ 3) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.48, S.D. = 0.51) สรุปได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก; ภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้สูงอายุ; กระดูกสะโพกหัก

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: towipa79@mail.bcnlp.ac.th



Development of a Clinical Practice Guideline for Preventing Delirium in the Elderly with Hip Fractures at Lampang Hospital

Jarouyporn thagleawpun*, Wipa lamsumang Jaramillo^{1**}

Wasana Mangkhang*, Duangrak Suksarak***

Received: March 11, 2024, Revised: June 11, 2024, Accepted: June 18, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop and pilot a clinical practice guideline for preventing delirium in the elderly with hip fractures at Lampang Hospital using Soukup's evidence-based nursing model (2000), including four stages: 1) identifying the problem, 2) reviewing and searching for evidence, 3) piloting the guidelines, and 4) implementing the refined guidelines in the institution. This study progressed through the third stage. The gathered evidence was assessed for quality, reliability, and feasibility, and then synthesized to create clinical practice guidelines for preventing delirium in elderly patients with hip fractures. The content validity of the tool was evaluated by three experts, and the quality of the guideline was appraised using the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) by another three experts with passing the overall evaluation criteria for 86.65 percent. Additionally, 20 nurses assessed the feasibility and satisfaction with the guideline using questionnaires, and the data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings are as follows: 1) clinical practice guidelines and a manual were developed from 23 pieces of evidence, comprising three key sections. 2) The professional nurses who used the clinical practice guideline rated their feasibility at the highest level (mean = 4.65, S.D. = 0.47). 3) Overall satisfaction with the clinical practice guidelines was high (mean = 4.48, S.D. = 0.51). In conclusion, the developed guidelines are of high quality, feasible for implementation, and well-received by professional nurses.

Keywords: Clinical Practice Guidelines; Delirium; Elderly; Hip Fractures

* Faculty of Nursing, Nation University

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Registered nurse, Lampang hospital

¹ Corresponding author: towipa79@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาทซึ่งปรากฏในลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (consciousness) และการรับรู้การเข้าใจ (cognitive) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความตั้งใจ กระบวนการคิด ความจำ สติปัญญา และกระบวนการเข้าใจปัญหา โดยความผิดปกตินี้เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วงของวันในระยะเวลาสั้นๆ (Inouye et al., 2014) ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Inouye et al., 2014) อุบัติการณ์สูงมากขึ้นในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดเป็นร้อยละ 50 (Akechi et al., 2010) อุบัติการณ์เกิดในหน่วยศัลยกรรมพบได้ร้อยละ 15-25 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่แบบไม่ฉุกเฉินสามารถพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 50 (Marcantonio, 2017) ความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18-35 (Johansson et al., 2018) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ พบอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 75 และผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีอุบัติการณ์เกิดสูงถึงร้อยละ 85 (Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง คิดเป็น ร้อยละ 48.90 (Srinonprasert et al., 2011) โดยมีการศึกษาอุบัติการณ์ตามลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาต่างๆ เช่นอัตราการเกิดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดร้อยละ 9.33 หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 14.81 ในแผนกอายุรกรรมร้อยละ 29.28 และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี ประมาณ 5.2 เท่าของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก/วิกฤติ (ICU) มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ได้ถึงร้อยละ 70- 87 (Wichian & Phanphanit, 2017) ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักอัตราการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 28 ถึง 50 (Virsoe-Frandsen et al., 2022; Inouye et al., 2014) และถ้าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างร้อยละ 40 ถึง 56 (Galanakis et al., 2001; Santana Santos et al., 2005)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้บ่อย คือปัจจัยเสี่ยงตั้งต้น (predisposing risk factors) ได้แก่อายุที่เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง โรคประจำตัวหรือโรคทางกายที่รุนแรงมากขึ้น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้น (precipitating risk factors) ได้แก่ ภาวะปวดหรือไม่สุขสบาย โรคที่เป็นผลจากการรักษา ความผิดปกติของกรด-ด่าง และอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะเลือดออกในสมอง เยื่อหุ้ม สมองอักเสบ การติดเชื้อ ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อค การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดกระดูก กระดูกหัก การบาดเจ็บ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การได้รับยาบรรเทาปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว (การผูกมัดผู้ป่วย) หรือ การต้องใช้อุปกรณ์บางประเภท (การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ) ทำให้มีการเคลื่อนไหวได้น้อย การใช้ยา anticholinergic drugs การได้รับยาซึ่งออกฤทธิ์ต่อสมอง การได้รับยานอนหลับ การได้รับยากลุ่มจิตเภทที่ใช้ต่อเนื่องเป็นประจำ ได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาในขนาดสูง และระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (Inouye et al., 2014; Chanthabut & Khiachanaj, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าการเสียเลือดมากกว่า 900 มิลลิลิตร การได้รับเลือด/สารน้ำมากกว่า 300 มล. การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายใช้ ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 300 นาที และผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (Kongpatee, et al., 2020)

ภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องได้รับการดูแลพิเศษที่หอผู้ป่วยหนักมากขึ้น (Harris et al., 2019) ความสามารถในการทำงานทางร่างกายและการเข้าสังคมลดลง อัตราการตายและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Fick et al., 2013; Nguyen et al., 2018) และพบว่าร้อยละ 22.30 ของผู้สูงอายุที่เคยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำภายใน 1 เดือน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Nguyen et al., 2018) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีความรุนแรงตั้งแต่ทุพพลภาพจนถึงเสียชีวิต มีอุบัติการณ์ตั้งแต่อายุ 5.7 ถึงร้อยละ 65 พบในผู้สูงอายุผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่ามากที่สุด (Rizk et al., 2016) ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในการทำงานที่ของสมองเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม (dementia) เพิ่มขึ้น (Mitchell et al., 2017) อัตราทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีโอกาสเกิดความพิการทุพพลภาพจากการพลัดตกหกล้ม และกระดูกหัก (De Jong, et al., 2019) ซึ่งต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดหรือเข้ารับการรักษานในสถานพักฟื้นเพื่อการดูแลพิเศษหรือต้องได้รับการดูแลพิเศษต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่าย จึงเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนี้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยลงของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในระบบร่างกาย (Sala et al., 2022) ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและมีโอกาสพัฒนาอาการสับสนขณะอยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับมีความสามารถในการทำงานทางร่างกายที่เสื่อมลงอย่างน้อย 30 วันหลังจากการจำหน่ายจากแผนกผ่าตัด (Sala et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rizk และคณะ (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมีอาการสับสนมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากการนอนโรงพยาบาลในระยะเริ่มต้น (Rizk et al., 2016) และภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่มีอาการสับสนเฉียบพลันมีความเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเป็นโรคร้ายแรงสูงกว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการสับสน (Arshi et al., 2018)

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ (Tabet et al., 2005) หรือลดระยะเวลาความรุนแรงของอาการลงได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Lundström et al., 2005; Naughton et al., 2005) การประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัด สามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (Lee et al., 2011; McDaniel & Brudney, 2012) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุด้วยยาที่ได้ผลดีมีข้อมูลรายงานอย่างไม่มากนัก (Inouye et al., 2014) ต้องใช้การจัดการแบบผสมผสานเนื่องจากสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ มักจะเกิดจากปัจจัยมากกว่าหนึ่ง ส่วนใหญ่จะเน้นการป้องกันการเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน (Chanthabut & Khiachanaj, 2020) โดยการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน การค้นหาและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Virsdøe-Frandsen et al., 2022) นอกจากนี้ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบางครั้งไม่ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้ร้อยละ 75 เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดวงซิม จึงมีความยากในการวินิจฉัย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงร้อยละ 2.9 ในขณะที่ตรวจพบความผิดปกติของการตั้งใจร้อยละ 35.4 การรับรู้วันเวลาสถานที่ ร้อยละ 29.7 และความจำร้อยละ 77.5 (Bellelli et al., 2015) เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ ว่า ผู้สูงอายุคือเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ดึงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ จึงได้รับการดูแลโดยการผูกยึดเพื่อป้องกันการหกล้มมากกว่าจะได้รับการรักษา สำหรับการวินิจฉัยและการรักษา

อาการสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่กระตุกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นการใช้ประสบการณ์และไม่มีข้อแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการวินิจฉัยที่ขาดหายไปหรือมีการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่จำเป็นในบางกรณี (McDaniel & Brudney, 2012)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและการจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการป้องกันการเกิดภาวะนี้ทำได้โดยการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรกเริ่ม หรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการจัดการให้ได้เร็วที่สุด ซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะนี้และลดอุบัติการณ์ได้สูงถึงร้อยละ 40 และ 16 ตามลำดับ รวมทั้งสามารถลดระยะเวลาของความรุนแรงของอาการและผลของภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ (Johansson et al., 2018; Marcantonio, 2017) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีการประเมินอาการและอาการแสดงเนื่องจากขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกทักษะในการประเมินและการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Guthrie et al., 2018; Johansson et al., 2018; Marcantonio, 2017) รวมถึงขาดแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการจัดการที่เป็นรูปธรรม (Ngamkala et al., 2018) การศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยต่างๆ และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุลดลง (Sanguanwongwan et al., 2023; Sinthusuwan, 2010; Sogprasert et al., 2015.)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปางรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท ทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุและเกิดจากโรคทั่วไป จากการศึกษาสำรวจก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่เข้ารับการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน อุตการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดึงสายสวนปัสสาวะ ดึงสายระบายเลือดหลังผ่าตัด หรือดึงอุปกรณ์ถ่วงดึงน้ำหนักที่ขา เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียงและทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ส่วนใหญ่การบันทึกคำวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันมีไม่มาก เนื่องจากเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มจิตเวชที่ให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีอาการแบบ Hypoactive ที่ไม่แสดงอาการอะอะโวยวายจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ทำให้การรายงานสถิติต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายในการประเมินอาการและอาการแสดง แนวทางหรือมาตรฐานการเฝ้าระวัง และดูแลที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลตามอาการ บุคลากรยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมากนัก จึงดูเหมือนปัญหานี้ถูกละเลย ถ้าพิจารณาถึงภาวะนี้เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้าประเมินอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรก จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนั้นทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญของการที่บุคลากรทางการพยาบาลควรที่จะมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินจัดลำดับความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ สามารถในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงตามบทบาทของวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม ทีมวิจัยจึงต้องการให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีความชัดเจน จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีแนวทางในการดูแล ได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อ

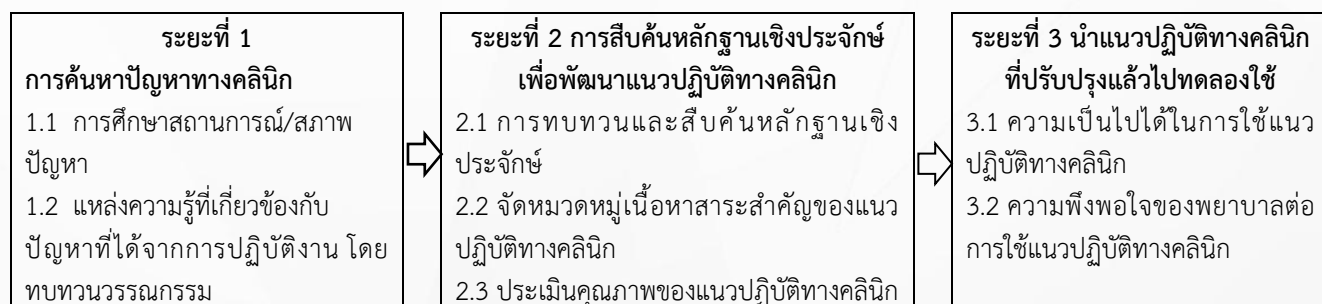
การประเมิน การวินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตีกลัยกระดูกกระดูก โรงพยาบาลลำปาง
2. ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตีกลัยกระดูกกระดูก โรงพยาบาลลำปาง
3. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตีกลัยกระดูกกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา คณะผู้วิจัยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) จากการศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา นำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ประกอบด้วย ค้นหาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาทางคลินิก มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การยกร่างแนวปฏิบัติ ประเมินคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-3 โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาตัวในตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง กระบวนการศึกษาเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การศึกษานี้ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence trigger phase) โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่เกิดคาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เจาะลึกให้ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการจัดการแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีภาวะดุกสะโปกหัก ตึก ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 การศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ > 60 ปี ที่มีภาวะดุกสะโปกหัก ตึก ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง มากกว่า 2 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด 2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้

แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะดุกสะโปกหักที่มีอาการ Delirium ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะดุกสะโปกหักกับภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และจัดบันทึกด้วย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จดบันทึก (Note taker) เพื่อได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด และมีผู้ช่วยเหลือ (Assistant) บันทึกเสียงช่วยในการบันทึกตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มละ 5-6 คนครั้งละ 45-60 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

1.2 แหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered) โดยทบทวนจากตำรา บทความเชิงวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมอุบัติการณ์ ลักษณะอาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การประเมินและการจัดการ

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาใน ระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวทางในการสร้าง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีภาวะดุกสะโปกหัก โดย

1. การตั้งประเด็นคำถามที่ชัดเจน ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประเด็นของงานวิจัยตามกรอบ PICO

P: Population = ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะดุกสะโปกหัก

I: Intervention = แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

C: Compare = มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน

O: Outcome = ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีภาวะดุกสะโปกหัก

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ดังนี้ ดัชนีในวารสารสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด มหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health science electronic database) ผ่านทาง ระบบข้อมูลที่มีบริการในห้องสมุด ได้แก่ CINAHL, ProQuest, Medical library, Cochrane library, MEDLINE, ScienceDirect, Academic Search Elite และ JBI library

3. เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สอดคล้องและตรงประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา ผู้วิจัยได้กำหนด คำสำคัญในการสืบค้นคือ คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหัก การป้องกัน การจัดการ ปัจจัยเสี่ยง การพัฒนา แนวปฏิบัติทางการพยาบาล delirium, the elderly, hip fracture, prevention, nursing, intervention, management, risk factors และ development of clinical guidelines

4. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ 1) Clinical practice guideline, Evidence-based practice, Nursing practice guideline และ Policy เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2001-2023 2) งานวิจัยทุกระดับ ทั้งงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis, Systematic review, Experimental study, Analytical study และ Expert's opinions เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

4.2 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายการของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ค้นหาไม่พบฉบับเต็ม

5. คณะผู้วิจัยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกเป็นผู้ตัดสิน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้เพื่อนำมาใช้ในการยกร่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตักศิลากรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

6. การประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น โดยใช้เกณฑ์ของ JBI-Levels-of-evidence (2014) ประกอบด้วย ระดับ 1 วิจัยเชิงทดลอง (Experimental Design) ระดับ 2 วิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Designs) ระดับ 3 Observational-Analytic Designs ระดับ 4 Observational-Descriptive Studies และ ระดับ 5 ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion & Bench Research) และการจัดระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับ A สามารถนำไปใช้ได้เลย ระดับ B สามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์อีกเล็กน้อยและระดับ C ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์อีกมาก

7. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน

8. นำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมาปรับแก้ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพทางการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) ด้านการนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013)

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase) โดยดำเนินการ ดังนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกระดูก กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ และลักษณะเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาศัลยกรรมกระดูก จำนวน 2 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมกระดูก 3) เข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้าและเป็นโรคทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความเป็นไปได้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความเป็นไปได้มาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความเป็นไปได้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 -2.50 ความเป็นไปได้น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความเป็นไปได้น้อยที่สุด

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่าง ๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพทางการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 93.33 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนร้อยละ 82.33 3) ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนร้อยละ 87.63 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนน ร้อยละ 93.33. 5) ด้านการนำไปใช้ได้คะแนนร้อยละ 77.25 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้คะแนน ร้อยละ 86.00

2.แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า IOC เท่ากับ 0.93 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง รหัสหนังสือรับรองเลข EC 13/63 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และต่ออายุรหัสหนังสือรับรองเลข EC 89/64 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยไม่เปิดเผย ความลับของอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถโยงไปถึงอาสาสมัครได้ ข้อมูลการวิจัยจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากนั้นจะขออนุญาตทำลาย ด้านหลักความยุติธรรม การคัดเลือกอาสาสมัครใช้การสุ่ม ด้านหลักการได้ประโยชน์ อาสาสมัครแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และจะถูกนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริการซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ผลการวิจัย

1.พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก
ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

1.1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence trigger phase) โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เจาะลึกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการจัดการแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลลำปาง จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 44.65 ปี (S.D. =1.78) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 70 และ ปริญญาโทร้อยละ 30 การพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเฉลี่ย 23.42 ปี (S.D. =2.23) สถานการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความผิดปกติด้านแบบแผนความคิด ความจำ การแสดงออกของพฤติกรรมและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป สนใจต่อตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง เริ่มมีอาการการแปลกๆ เช่นนั่งพูดคนเดียว กระวนกระวายหรือก้าวร้าว บางรายซึมหลับ บางรายรู้สึกตัวดีแต่ไม่สามารถปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราวได้ เป็นต้น อาการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมง/วัน จะมีอาการขึ้นๆ

ลงๆเกิด มักเป็นในช่วงเวรป่วย-ดึก ทั้งที่เมื่อแรกรับเข้ารักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พยาบาลมักจะรับรู้ เพราะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ดึงสายสวนปัสสาวะ/สายให้น้ำเกลือหรืออุปกรณ์การรักษาอื่นๆ เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง และบางครั้งทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ เป็นต้น มักจะเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 2-3 ของการอยู่ในโรงพยาบาลและจะค่อยๆดีขึ้น และยังพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันคือ ปัจจัยเดิมที่ทำให้พบอาการได้บ่อย ได้แก่ อายุยิ่งมากขึ้น เพศชายเกิดบ่อยกว่าเพศหญิง บกพร่องการมองเห็น-ได้ยิน การจำกัดความเคลื่อนไหว มีโรคร่วมหลายโรค กระดูกหัก การบาดเจ็บและการได้รับยาในกลุ่มจิตเภทยึดที่ต่อเนื่อง และปัจจัยกระตุ้นที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ การผ่าตัด การจำกัดการเคลื่อนไหว (การใส่ Traction, การคาสายสวน) การเปลี่ยนที่อยู่หรืออยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย การนอนไม่หลับ เครียดและอาการปวด

1.2 ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักกับภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันถึงมากกว่าร้อยละ 50 พบในผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก และถ้าได้รับการผ่าตัดจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะส่งผลให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การวินิจฉัยและการรักษาอาการสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นการใช้ประสบการณ์และไม่มีข้อแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการวินิจฉัยที่ขาดหายไปหรือมีการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่จำเป็นในบางกรณี

1.3 กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือมีการตรวจวินิจฉัยล่าช้า ถึงแม้จะพบอาการที่เข้าได้กับภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยบ่อยครั้งที่พบผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันต่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ทำให้การฟื้นหายช้าลงและระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

1.4) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า

1.4.1 บุคลากรทางการพยาบาลต้องใช้เวลาในการให้การพยาบาลมากขึ้น มีภาระงานเพิ่มขึ้นในขณะที่ยังต้องทำอย่างอื่นอยู่จำกัดในการดูแลผู้ป่วย

1.4.2 พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีการประเมินอาการเนื่องจากขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกในการใช้เครื่องมือ รวมถึงขาดแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการจัดการ การพยาบาลที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการให้การพยาบาล

1.4.3 ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาจริงในหน่วยงานแต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป และบุคลากรสุขภาพยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมากนัก

1.4.4 พยาบาลต้องการเครื่องมือสำหรับการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันและแนวทางการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่สามารถใช้ทางคลินิกได้สะดวกแต่มีความไวต่อการบ่งชี้อาการ ให้การพยาบาลเพื่อจัดการและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้

2. ผลการทบทวนแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงานในข้อ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้ประเด็นที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้ สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญองค์ความรู้โดยจำแนกตามกรอบแนวคิดได้ 3 ประเด็น ได้แก่ คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การ

ดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา จึงดำเนินการต่อไปในระยะที่ 2 เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่ต้องการ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเมื่อรวบรวมข้อมูลจากการหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และสกัดเป็นวิธีปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 23 เรื่องนำไปผ่านการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของ JBI-Levels-of-evidence (2014) ประกอบด้วย วิจัย 9 เรื่องโดย มีระดับ 1d จำนวน 3 เรื่อง, ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง (ระดับ 2a จำนวน 1 เรื่อง, ระดับ 2c จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 2d จำนวน 3 เรื่อง) แนวปฏิบัติทางคลินิก 6 เรื่อง (ระดับ 3a) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (4a) ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง (ระดับ 5c) และบทความวิชาการ 5 เรื่อง และการจัดระดับความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 23 เรื่องไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ระดับ A (นำไปใช้ได้เลย) คิดเป็นร้อยละ 78.26 และระดับ B (นำไปใช้ได้แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์) ร้อยละ 21.74 จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์พบประเด็นความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญองค์ความรู้โดยจำแนกตามกรอบแนวคิดได้ 3 ประเด็น ได้แก่ คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติด้วย AGREE II ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 ภายหลังจากการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอาการ และปัจจัยเสี่ยง (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง (Assessment) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Cognitive impairment) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุทุกรายตั้งแต่แรกรับ (ภายใน 24 ชั่วโมง) และตลอดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย (Milisen, 2001; Guthrie et al., 2018; Jing et al., 2022) โดยใช้แบบประเมิน Thai Mental State (TMSE) (Chutchawan et al., 2018) เป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language and Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน สามารถแปลผลได้ ดังนี้ คือ คะแนน > 23 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.1), คะแนน ≤ 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะ Cognitive impairment (A1.2) และ 2) การประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ

การจัดการปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.1)

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (คะแนน TMSE > 23 คะแนน) ดำเนินการในขั้นตอนย่อยที่ 2 คือ การประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ โดยขั้นตอนย่อยที่ 2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ การประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและจัดการแก้ไขตลอดจนป้องกันการ โดยประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยง (HCOASC, 2006;

Sogprasert et al., 2015; Chutchawan et al.,2018; Chanthabut & Khiachanaj,2020; Kaveenuntachai et al., 2020; Sala et al., 2022) ในผู้สูงอายุทุกราย ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ภายใน 24 ชั่วโมง) เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและ วางแผนจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 การพร่องการรู้คิดและการรับรู้ มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004; Chutchawan et al.,2018; Guthrie et al.,2018; Chanthabut & Khiachanaj,2020; Jing et al., 2022; Lundström et al.,2005) ดังนี้

- 1.1 ประเมินการรู้คิด การรับรู้ และระดับความรู้สึกตัวในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง โดยใช้ TMSE
- 1.2 เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและญาติที่เกี่ยวข้องกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล
- 1.3 สื่อสารโดยใช้ภาษาที่นุ่มนวล เข้าใจง่าย ชัดเจน มีการสบตาและเรียกชื่อผู้สูงอายุทุกครั้ง
- 1.4 จัดบุคลากรคนเดิมในการให้พยาบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้การดูแล
- 1.5 ลดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยอย่างฉับพลัน เช่น การย้ายห้องหรือ การเปลี่ยนเตียงผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
- 1.6 จัดให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่ในห้อง (Martinez et al.,2012) เช่น หมอนที่ผู้ป่วยเคยใช้ที่บ้าน วิทยุที่ผู้ป่วยเคยฟัง การจัดให้มีรูปของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 การพร่องการมองเห็นและการได้ยิน ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบมีปัญหาเรื่อง สายตาและการได้ยินกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วง 1-5 วันแรก มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Ngamkala et al.,2018; Chutchawa et al.,2018) ดังนี้

- 2.1 ตรวจคัดกรองและประเมินสายตาและการได้ยินในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับทุกรายโดยการตรวจวัด สายตา การตรวจลานสายตา
- 2.2 การตรวจการได้ยินโดยการซักประวัติปัญหาการได้ยิน ประวัติการใช้ยาบางชนิดที่มีพิษต่อประสาทหู เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycosides หรือยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และการตรวจหูชั้นนอกและแก้วหู
- 2.3 หากพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมองเห็นหรือการได้ยิน ควรจัดวางแว่นตา เครื่องช่วยฟัง หรือสิ่งของที่ช่วยสำหรับการมองเห็นและการได้ยินให้พร้อมใช้เสมอ และวางไว้ใกล้ตัวผู้สูงอายุ
- 2.4 สนทนากับผู้สูงอายุควรใช้คำพูดที่ชัดเจน โดยเป็นคำง่าย ๆ ด้วยน้ำเสียงทุ้ม และใช้เวลาผู้สูงอายุได้มีเวลาโต้ตอบกลับ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ/เกลือแร่/ภาวะทุพโภชนาการ /ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ภาวะขาดสารน้ำหรือเกลือแร่ ที่พบบ่อยคือโซเดียมในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ และแคลเซียมในเลือดสูง มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Guthrie et al., 2018) ดังนี้

- 3.1 ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากการซักประวัติ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการท้องผูก โรคประจำตัว เช่น โรคไต เบาหวาน ประวัติการได้รับยา เช่น ยาขับปัสสาวะ หรือยาลดความดัน และประเมินการดื่มน้ำของผู้สูงอายุ
- 3.2 หากไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารน้ำหรือแผนการรักษา ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ จิบน้ำบ่อย ๆ หรือ อาจจัดเป็นตารางเวลาสำหรับดื่มน้ำ (Kaveenuntachai et al.,2020) หรือพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย
- 3.3 ส่งเสริมภาวะโภชนาการและการจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำ เกลือแร่ให้อยู่ในภาวะสมดุล

ปัจจัยเสี่ยงที่ 4 การภาวะขาดออกซิเจน ภาวะพร่องออกซิเจนมักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึง ร้อยละ 17 และเป็นอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุด มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Ngamkala et al.,2018) ดังนี้

- 4.1 ควรค้นหาปัจจัยและประเมินการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน
- 4.2 ควรตรวจสอบสัญญาณชีพและตรวจวัดความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง
- 4.3 ดูแลจัดทำที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเพียงพอ
- 4.4 ให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับสถานะของผู้สูงอายุตามแผนการรักษา ติดตามผล ถ่ายภาพรังสีทรวงอก และอาการเป็นระยะๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 5 การภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมักจะพบว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย และมาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว และติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ (Guthrie et al., 2018)แนวทางป้องกันและจัดการ ได้แก่ ประเมินภาวะติดเชื้อในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกเริ่ม เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ปัจจัยเสี่ยงที่ 6 การเคลื่อนไหว/การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุหรือการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะ สับสนเฉียบพลันได้ แนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Guthrie et al., 2018; Kaveenuntachai et al.,2020) ดังนี้

- 6.1 ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล ร่วมกับประเมินประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี
- 6.2 ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา ควรป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วยการติดสัญลักษณ์ที่แฟ้มประวัติ เพื่อให้บุคลากรในทีมได้ทราบและเฝ้าระวัง
- 6.3 ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา จัดให้ผู้ดูแลหรือญาติดูแล อย่างใกล้ชิด หากมีอาการสับสนเฉียบพลันให้รีบแจ้ง พยาบาลทันที
- 6.4 หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้สูงอายุ และผูกยึดเมื่อจำเป็น
- 6.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
- 6.6 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตะแคงตัว (Laohatanakom & Jaramillo, 2023)
- 6.7 ควรมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารข้อต่อต่าง ๆ ด้วย ตัวเอง หรือในรายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ควรช่วยเหลือการบริหารข้อต่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 7 ความเจ็บปวดผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดจากข้อสะโพกหักหรือการทำหัตถการต่าง ๆ พบว่าระดับความปวดมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Milisen et al.,2001; Guthrie et al., 2018) แนวทางป้องกันและจัดการ (Laohatanakom & Jaramillo, 2023). ดังนี้

- 7.1 ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด ตั้งแต่แรกเริ่มและทุก 4 ชั่วโมง
- 7.2 ค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของความปวด และสังเกตอาการที่อาจจะแสดงออกถึงความเจ็บปวด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกอาการได้เอง หรือมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร
- 7.3 การจัดการความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา หากประเมินคะแนนความปวดได้น้อยกว่า 4 คะแนน ให้การพยาบาลโดยวิธีการผ่อนคลาย หากคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น ยากลุ่ม opioids รวมถึงติดตามผลข้างเคียงของ ยาแก้ปวด หากอาการปวดไม่ดีขึ้นควรพิจารณารายงานแพทย์

ปัจจัยเสี่ยงที่ 8 การใช้ยาร่วมกันหลายตัว/ยาที่มีความเสี่ยง ผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่า 5 ชนิด หรือยาที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด และยากลุ่ม Benzodiazepines แนวทางป้องกันและจัดการ (Guthrie et al., 2018; Kaveenuntachai et al., 2020; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ ประเมินและบันทึกการใช้ยาร่วมกันหลายชนิดหรือยาที่มีความเสี่ยง และปรึกษาเภสัชกรหรือ ทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาการใช้ยาในผู้สูงอายุเท่าที่จำเป็น หรือใช้ยาตัวอื่นแทน

ปัจจัยเสี่ยงที่ 9 การนอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ไม่สามารถนอนหลับอย่างมีคุณภาพและพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Hshieh et al., 2015) แนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004; Hshieh et al., 2015; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ ประเมินและซักถามประวัติเกี่ยวกับปัญหาการนอนและการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการนอนกลางวันมากเกินไป กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน

ปัจจัยเสี่ยงที่ 10 ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่พบเป็นประเภทตื่นตัว มีพฤติกรรมวุ่นวาย สับสน ส่งเสียงดัง ก้าวร้าว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน ผู้สูงอายุบางรายอาจจะดิ่งสายต่าง ๆ ที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อการ รักษาพยาบาลโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น มีแนวทางป้องกันและจัดการ ดังนี้

10.1 ประเมินพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ

10.2 ค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดและจัดการลดสิ่งกระตุ้น

10.3 การจัดการในขณะที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ควรโต้ตอบหรือโต้แย้งใด ๆ หรือไม่ควรแสดงอาการหงุดหงิดไม่พอใจออกมา เพราะ จะยิ่งทำให้ไปกระตุ้นผู้ป่วยมีปฏิกิริยาที่รุนแรงมากขึ้นและควรอธิบายให้ผู้ดูแลหรือญาติได้เข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และให้ญาติ ดูแลเป็นเพื่อนอยู่ ใกล้ ๆ

การจัดการปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.2)

ผู้ป่วยที่มีภาวะ Cognitive impairment (คะแนน TMSE $\leq$ 23 คะแนน) ต้องแยกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ไม่ใช่เกิดอาการเป็นครั้งแรก ต้องวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่ม Dementia Depression Other neurological หรือ psychiatric และกลุ่มที่ 2 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกิดอาการเป็นครั้งแรก พยาบาลปฏิบัติโดยการประเมินและจัดการ 10 ปัจจัยเสี่ยงภาวะสับสนเฉียบพลัน และประเมินเพื่อคัดกรองและประเมินหาภาวะสับสนเฉียบพลันให้ได้เร็วที่สุดด้วยวิธี 2 ขั้นตอน (Tabet et al., 2005; Methavasin, 2018; Chanthabut & Khiachanaj, 2020; Malasri & Thurapra, 2020) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การประเมินภาวะง่วงซึมและกระวนกระวาย ด้วย The Richmond Agitation and Sedation Scale : The RASS แบบประเมินภาวะง่วงซึม กระวนกระวาย (The Richmond Agitation and Sedation Scale: RASS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความกระวนกระวายและ การง่วงซึม มี 10 ระดับ คะแนนตั้งแต่ - 5 ถึง +4

ถ้า RASS เป็น - 4 หรือ - 5 ให้หยุดประเมิน และประเมินผู้ป่วยซ้ำในเวลาต่อไป

ถ้า RASS มากกว่า - 4 (- 3 ถึง + 4) ให้ดำเนินการต่อในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 : การประเมินภาวะสับสน ด้วยแบบประเมินภาวะสับสนฉบับภาษาไทยแบบสั้น (The Confusion Assessment Method Thai: CAM-T) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนามาจากเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM-III-R criteria CAM-Tสามารถคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันได้เครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย และใช้เวลาในการประเมินไม่นานมาก ประมาณ 1-2 นาที มีความไวร้อยละ 91.9

และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 100 (Wongpakaran et al.,2011; Chutchawan et al., 2018).) ไม่จำเป็นต้องใช้จิตแพทย์ในการ ประเมิน และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Yuwapattanawong & Leungratanamart, 2016)

ลักษณะที่ 1 : การเริ่มต้น เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือมีทิศทางขึ้นๆ ลงๆ

ลักษณะที่ 2 : การไม่ตั้งใจ

ลักษณะที่ 3 : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกสติ

ลักษณะที่ 4 : ความคิดไม่เป็นระบบ

มีลักษณะ 1และ2 ร่วมกับ ลักษณะ 3 หรือ 4 = Delirium

รายงานแพทย์หรือทีมสุขภาพเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุทุกกรณี (proactive geriatrics consultation) (Marcantonio et al., 2001, Jing et al., 2022)

การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เนื่องจากสาเหตุการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลาย ปัจจัยร่วมกัน การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายของการจัดการนั้นต้องจัดปัจจัยที่เป็น สาเหตุให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้วยการไม่ใช้ยา และการจัดการด้วยยา (Chanthabut & Khiachanaj,2020; Kaveenuntachai et al.,2020; Methavasin, 2020)

1. การจัดการโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอันดับแรกที่เหมาะสมและได้ผลทั้ง ใน ด้านการป้องกันและการรักษา (Rivosecchi et al.,2015; Hsieh et al.,2015; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ 1) ค้นหาและจัดการปัจจัยทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น 2) การจัดการเรื่องการรับรู้ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ กระตุ้นการรับรู้กาล เวลา สถานที่และบุคคล 3) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด การ พลิกตะแคงตัว ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 4) หลีกเลี่ยงการผูกมัด 5) พยาบาลสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ยอมรับความรู้สึก กลัวและความรู้สึก ต่างๆ ของผู้สูงอายุ อนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลต้องสร้างความ มั่นคงทางอารมณ์ของตนเอง ความมีเหตุผลไม่ได้แย่ง ตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา ของความหลงผิดหรือประสาทหลอน ตระหนักและยอมรับในการรับรู้ของผู้สูงอายุ 6) การสื่อสารให้ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่อาจ เกิดขึ้นในอนาคต 7) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอาการสับสน การจัดการดูแลได้แก่ ให้ผู้สูงอายุตัดสินใจน้อยที่สุด ติดตั้ง สัญญาณสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ การเข้าหาผู้สูงอายุต้องเข้าด้านหน้าอย่างช้าๆ และนิ่มนวล ไม่คุกคาม สื่อสารกับ ผู้สูงอายุด้วยภาษาง่าย ๆ ตรงไปตรงมาเป็นขั้นตอน และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับภาวะสับสน เฉียบพลันทั้งอาการ และอาการแสดง การรักษาและการป้องกัน 8)ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและญาติ (Laohatanakom & Jaramillo, 2023; Martinez et al.,2012)

2. การจัดการด้วยการใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ชนิด Hyperactive delirium คือกลุ่ม Antipsychotics เช่น Haloperidol, Risperidone เพราะออกฤทธิ์ ต้าน Anticholinergic ต่ำ ส่วนการใช้ยา กลุ่ม Benzodiazepine มีผลให้ผู้สูงอายุสงบลงแต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไป และกระตุ้นให้เกิด ภาวะสับสน เฉียบพลันมากขึ้น การจัดการโดยการให้ยาและยาที่ควรเลือกใช้ได้แก่ (Jing et al., 2022; Laohatanakom & Jaramillo, 2023)

2.1 ยาที่ต้องหลีกเลี่ยง เพราะจะทำให้delirium รุนแรงขึ้นได้แก่ – Benzodiazepines โดย เฉพาะ

diazepam ทั้งยาฉีดและยารับประทาน ซึ่งมักนำมาใช้โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยหลับหรือสงบระงับอย่างรวดเร็ว แต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไป และกระตุ้นให้เกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น นอกจากนี้ยาที่ควร หลีกเลี่ยง ได้แก่ opioid และยาระงับประสาท (sedative) เช่น dexmedetomidine, midazolam, lorazepam

2.2 ยารักษาทางจิตประสาทรุ่นที่1 (first generation antipsychotic) ได้แก่ haloperidol เป็น ยาที่สมาคมแพทยวิฤกต (Society of Critical Care Medicine; SCCM) แนะนำให้ใช้ในรายที่กระสับกระส่าย กระวนกระวายมากใช้ได้ทั้งชนิดกินและฉีด ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 2-10 มก./วัน และในผู้สูงอายุให้ 0.5-5 มก./วัน หลังจากภาวะสับสนเฉียบพลันหายไป ควรให้ยาต่ออีกประมาณ 3-5 วัน โดยค่อยๆลดขนาดยาลง

2.3 ยารักษาจิตประสาทรุ่นที่2 (second-generation; Atypical antipsychotic drug)

2.3.1 Risperidone 0.5-1 มก.ชนิดกิน ทุก12 ชั่วโมง

2.3.2 Olanzapine 2.5 มก. ชนิดกินก่อนนอน Olanzapine เป็นยาที่ใช้รักษาทางเลือกที่ ใช้ แทน haloperidol ได้

2.3.3 Quetiapine 25 มก. ชนิดกิน ทุก12 ชั่วโมงและเพิ่มขนาดอีก25 มก. ทุก24ชั่วโมง (ไม่ เกิน 800 มก./วัน) ในกลุ่ม second generation psychotic agents เป็นยาทางเลือกที่ใช้แทน haloperidol ในการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันได้

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกัน ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักไปทดลองใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพก หักในหอผู้ป่วย จำนวน 19 คน เพศหญิง 15 คนคิดเป็นร้อยละ 78.95 เพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 อายุ เฉลี่ย 78.11 (SD=7.26) โดยพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกออโรโรปิติกส์ จำนวน 20 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี (S.D. = 8.96) มี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกออโรโรปิติกส์เฉลี่ย 16.25 ปี (S.D. = 9.35) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูง วัยเฉลี่ย 15.15 (S.D. = 8.42) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมี ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1 และความพึงพอใจ ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุดรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิกของพยาบาล (n = 20)

ความคิดเห็น	mean	S.D.	การแปลผล
1.ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หรือในการ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	4.40	0.50	มาก
2.ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เข้าใจตรงกัน	4.25	0.64	มาก
3.ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.80	0.41	มากที่สุด
4.การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและ ลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	4.70	0.57	มากที่สุด
5.แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	4.85	0.37	มากที่สุด
6.ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.90	0.31	มากที่สุด
รวม	4.65	0.47	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ความคิดเห็นความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.65, S.D. = 0.47) โดยข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน (mean = 4.90, S.D. = 0.31) รองลงมา แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (mean = 4.85, S.D.=0.37) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลลำปาง (n = 20 คน)

ความคิดเห็น	mean	S.D.	ความพึงพอใจ
1.ท่านเข้าใจและรู้เรื่องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก	4.15	0.37	มาก
2.ความพึงพอใจของท่านต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในสถานพยาบาลของท่าน	4.00	0.56	มาก
3.ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติทางคลินิกได้สร้างความปลอดภัยและเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ท่าน	4.50	0.69	มาก
4.ท่านพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้การดูแลของท่านมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.60	0.68	มากที่สุด
5.ท่านรู้สึกว่าการใช้นโยบายทางคลินิกช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยของท่านให้ดีขึ้น	4.80	0.41	มากที่สุด
6.ระดับความพึงพอใจของท่านต่อการเข้าถึงและการใช้งานนโยบายทางคลินิก	4.85	0.37	มากที่สุด
รวม	4.48	0.51	มาก

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.48, S.D. = 0.51) โดยข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของท่านต่อการเข้าถึงและการใช้งานนโยบายทางคลินิกในระดับดีมาก (mean = 4.85, S.D. = 0.37) รองลงมา คือท่านรู้สึกว่าการใช้นโยบายทางคลินิกช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยของท่านให้ดีขึ้น (mean = 4.80, S.D.=0.41) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง ในครั้งนี้มีการ อภิปรายผลการวิจัย เป็น 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก 2) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ดังนี้

1.การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางฉบับนี้มีลักษณะเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เน้นการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มี

กระตุกสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยง 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง และ 3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยแนวทางการดูแลทั้งที่ไม่ใช่ยา กับ ยา จุดเด่นแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ คือ เน้นการการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) เพื่อวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Cognitive impairment) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุทุกรายตั้งแต่แรกรับ จำแนกกลุ่มเพื่อจัดชุดกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการชุดกิจกรรมเป็นการใช้เฉพาะกิจกรรมทางการพยาบาลหลายรูปแบบในการดูแล ป้องกัน แนวปฏิบัตินี้ใช้หลักการในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความระวังในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)

แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพสูง จากคะแนน AGREE II โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 86.65 โดยทั่วไปคะแนนที่มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง (AGREE-HS Research Team, 2018) แนวปฏิบัตินี้สามารถนำมาใช้ได้จริงและน่าจะได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เนื่องจากถูกพัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของซุคัพ ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติที่ดีต้องสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในช่วงเวลานั้น มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุที่มีกระตุกสะโพกหัก โดยมีคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ประสบการณ์ในหน่วยงานเป็นผู้นำประชุม ให้ผู้ร่วมประชุมทั้ง 10 ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระตุกสะโพกหัก โดยเฉลี่ย 23.42 ปีและ 1 ท่านสำเร็จการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ผู้สูงอายุ ได้ช่วยกันวิเคราะห์ ชักถามปัญหาและนำเสนอสรุปปัญหาที่พบ และข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการกระตุ้น ให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญในการพัฒนางานที่ทำอยู่เป็นประจำในสภาพการณ์จริงที่ได้จากการระดมสมองและการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ออกประกอบที่สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระตุกสะโพกหัก (Soukup, 2000) หลักการและขั้นตอนสำคัญของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) ไปปฏิบัตินั้นมีความเป็นสากลและใช้ได้กับทุกสาขาวิชาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunders et al. (2019) จะช่วยแนะนำการบูรณาการหลักฐานที่ดีที่สุดเข้ากับการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเมื่อนำใช้กับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เช่น แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระตุกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้ป่วย 16 รายที่มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ โดยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และทำให้ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านลดลงจากก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 17.4 วันเป็น 13.6 วัน และระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้านเฉลี่ยเท่ากับ 7.75 วัน (Rodsap & Suwintharakorn, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกระตุกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราและนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม ($0 < .05$) ตามลำดับ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ($P < 05$) และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม 4.33 เท่า ($OR = 4.33$; $95\% CI = 1.04-1.99$) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นว

ปฏิบัติการพยาบาลมีความคิดเห็นที่สามารถนำแนวปฏิบัติ นี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลพุทธโสธรได้ในระดับมากและมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สหวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและมีการฟื้นฟูอย่างสมบูรณ์ กลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Chalanuwat et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่พัฒนา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 15.20 เหลือร้อยละ 7.60 และไม่พบภาวะแทรกซ้อน (Sanguanwongwan, et al., 2023) เป็นต้น

2. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตีกรศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมและตรงกับลักษณะผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยและปัญหาของพยาบาลได้จริง น่าจะเกิดผลดีกับผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ในการจัดการแต่ละประเด็น ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติที่มีเนื้อหาสาระจำนวนมาก หลายเรื่องและมีแบบประเมินจำนวนมาก แต่มีการสรุปแนวปฏิบัติเป็นแผนผังสั้นๆ/เส้นทางเดินร่วมกับคู่มือได้อย่างชัดเจนง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

3. ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตีกรศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความพึงพอใจในการนำนโยบายปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความคิดเห็นว่าการเข้าถึงและการใช้งานนโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากมีแผนผังสั้นๆที่สรุปแนวปฏิบัติทั้งหมดร่วมกับคู่มือได้อย่างชัดเจนง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ นอกจากนี้การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ชุดกิจกรรมแต่ละชุดสามารถปฏิบัติได้จริงหรือเคยปฏิบัติมาแล้ว แต่แนวปฏิบัตินี้จัดเป็นระบบโดยมีคู่มือและแผนผังสั้นๆที่สรุปแนวปฏิบัติ ทำให้การให้การดูแลและติดตามอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีลำดับขั้นตอนดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล จึงเกิดความพึงพอใจในแนวปฏิบัตินี้ สอดคล้องกับศิริทิพย์ สงวนวงศ์วานและคณะที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นกว่าการใช้วิธีเดิมเนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนไปในแนวทางกัน (Sanguanwongwan et al. , 2023)

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว คืออุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อุบัติการณ์ความเสี่ยงในการทำหน้าที่ของสมอง ภาวะสมองเสื่อม (dementia) อัตราทุพพลภาพ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ตลอดจนปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน แต่งานวิจัยนี้กระทำเพียง 3 ขั้นตอน เพื่อให้มีความครอบคลุมและสมบูรณ์แบบของงานวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

- Akechi, T., Okuyama, T., Sagawa, R. & Furukawa, A.T.(2010). Delirium Training Program for Nurses. *Psychosomatics*, 51(2), 106-111.
- AGREE-HS Research Team. (2018). *The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation-Health Systems (AGREE-HS)*. <https://www.agreetrust.org>.
- Arshi, A., Lai, W. C., Chen, C., Chen, J. B., Bukata, S. V., Stavrakis, A. I., & Zeegen, E. N. (2018). Predictors and sequelae of postoperative delirium in geriatric hip fracture patients. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 9, 1-8.
- Bellelli, G., Nobili, A., Annoni, G., Morandi, A., Djade, C. D., Meagher, D. I., MacLulich, A. M. J., Davis, D., Mazzone, A., Tettamanti, M., & Mannucci, P. M. (2015). Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *European Journal of Internal Medicine*, 26(9), 696-704.
- Chalanuwat, C., Samrit, K., & Thongtanunam, Y., Samartkit, N.(2021). Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Hip Fracture Patients Undergoing Internal Fixation Surgery at Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*,29(4) 2021. (in thai)
- Chanthabut,N., & Khiachanaj, K. (2020). Delirium in Elders: Challenges of Nursing Care. *Journal of Health Sciences Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong*,4(2) ,21-39. (in thai)
- Chutchawan, N., Untaja, P., & Yuroong, A. (2018). The nurses' role in delirium management in older persons. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 103-110. (in thai)
- De Jong, L., van Rijckevorsel, V. A. J. M., Raats, W. J., Klem, T. M. A. L., Kuijper, T. M., & Roukema, G. R. (2019). Delirium after hip hemiarthroplasty for proximal femoral fractures in elderly patients: Risk factors and clinical outcomes. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 427-435.
- Fick, D. M., Steis, M. R., Waller, J. L., & Inouye, S. K. (2013). Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine*, 8(12), 500-505.

- Galanakis, P., Bickel, H., Grading, R., Von Gumpfenberg, S., & Förstl, H. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: Incidence, risk factors and complications. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 349-355.
- Gamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and risk factors of acute confusional state in hospitalized older patients. *Rama Nursing Journal*, 24, 138-149. (in thai)
- Guthrie, P. F., Rayborn, S., & Butcher, H. K. (2018). Evidence-based practice guideline: Delirium. *The Journal of Gerontological Nursing*, 44(2), 14-24.
- Harris, J. M., Brovman, Y. E., & Urman, D. R. (2019). Clinical predictors of postoperative delirium, functional status, and mortality in geriatric patients undergoing non-elective surgery for hip fracture. *Journal of Clinical Anesthesia*, 58, 61-71.
- Hsieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puella, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent non-pharmacological delirium interventions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 512-520. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3286-4>.
- Inouye, S. K. (2004). A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71(11), 890-896.
- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, J. L. M. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*, 161(20), 2467-2473.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922.
- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2013). Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II. [document on the Internet] 2013. Available from <https://www.agree-trust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
- Jing,G.W. , Xie, Q., Tong,J., Liu,L.Z.,Jiang,X.,&Si,L.(2022). Early Intervention of Perioperative Delirium in Older Patients (>60 years) with Hip Fracture: A Randomized Controlled Study. *Orthopaedic Surgery*, 14,(5),885-891.
- Johansson, Y. A., Bergh, I., Ericsson, I., & Sarenmalm, E. K. (2018). Delirium in older hospitalized patients-signs and actions: A retrospective patient record review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 43.
- Kaveenuntachai, D., Akkarawongvisit, J., & Jaiboon, S. (2020). The prevention and management of delirium in hospitalized older adults. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 162-174.
- Kongpatee,K., Augsornwan, D., Setwong, W., Boonrue,N., & Surakulprapa,P. (2020).Incidence and Predictive Factors for Post-operative Delirium among Older People. *Srinagarind Med J*, 35(2),193-198. (in thai)
- Laohatanakom, S., & Jaramillo, W. I. (2023). Development and evaluation of clinical practice guidelines for prevention of delirium among critically ill patients, Medicine Ward 3, Lampang Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 3(2), 16-33. (in thai)

- Lee, H. J., Hwang, D. S., Wang, S. K., Chee, I. S., Baeg, S., & Kim, J. L. (2011). Early assessment of delirium in elderly patients after hip surgery. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 340-347.
- Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456-1466.
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G., & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634.
- McDaniel, M., & Brudney, C. (2012). Postoperative delirium: Etiology and management. *Current Opinion in Critical Care*, 18(4), 372-376.
- Methavasin, K. (2020). Acute confusion, diagnosis, assessment and treatment guidelines. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*, 13(3), 21-29. (in thai)
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90.
- Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., De Geest, S., Godderis, J., Vandermeulen, E., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*, 49(5):523-32.
- Mitchell, R., Harvey, L., Brodaty, H., Draper, B., & Close, J. (2017). One-year mortality after hip fracture in older individuals: The effects of delirium and dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72, 135-141.
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., & Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 18-23.
- Ngamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and risk factors of acute confusional state in hospitalized older patients. *Rama Nursing Journal*, 24(2), 137-149.
- Nguyen, P. V., Pelletier, L., Payot, I., & Latour, J. (2018). The delirium drug scale is associated with delirium incidence in the emergency department. *International Psychogeriatrics*, 30(4), 503-510.
- Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., & Kane-Gill, S. L. (2015). Non-pharmacological interventions to prevent delirium: An evidence-based systematic review. *Critical Care Nurse*, 35(1), 39-50.

- Rizk, P., Morris, W., Oladeji, P., & Huo, M. (2016). Review of postoperative delirium in geriatric patients undergoing hip surgery. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 7(2), 100-105.
- Rodsup, L., & Suwintharakorn, O. (2013). Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for elderly patients with hip fracture undergoing Total hip Arthroplasty.. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 21(1), 22-34. (in thai)
- Sala, A., Vitali, A., Remelli, F., Zurlo, A., & Volpato, S. (2022). Delirium in hip fractured patients. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 70(4), 1-7.
- Sanguanwongwan, S., Prakobsang, K., Thongmee, S., Unrattana, K., & Rachiwong, K. (2023). Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Anesthesia to Prevent Postoperative Delirium in Elderly Patients in Sunpasitthiprasong Hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 41 (4), 1-18.
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehvilainen-Julkunee, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: an overview of systematic reviews. *Worldviews Ev Based Nurs*, 16(3), 176-185.
- Santana Santos, F., Wahlund, L. O., Varli, F., Tadeu Velasco, I., & Eriksdotter Jonhagen, M. (2005). Incidence, clinical features, and subtypes of delirium in elderly patients treated for hip fractures. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 20(4), 231-237. (in thai)
- Sinthusuwan, J. (2010). Factors predicting sudden confusion in the elderly admitted to the ward [Thesis, Master of Nursing Science degree, Department of Nursing for the Elderly, Graduate School, Chulalongkorn University].
- Sogprasert, S., Somboontanont, W., Visavajarn, P., & Siritipalorn, N. (2015). The effect of a clinical nursing practice guideline on prevention of delirium among hospitalized elderly patients at a university hospital. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 61-68.
- Soukup, M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Srinonprasert, V., Pakdeewongse, S., Assanasen, J., Eiamjinnasuwat, W., Sirisuwat, A., Limmathuroskul, D., et al. (2011). Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. *J. Med. Assoc. Thai*, 94, 99-104.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., & Howard, R. (2005). An education intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing*, 34(2), 152-156.
- Virsøe-Frandsen, C. D., Skjold, C., Wildgaard, K., & Møller, A. M. (2022). Preoperative intervention to prevent delirium in patients with hip fracture: A systematic review. *Danish Medical Journal*, 69(7), A09210679.
- Wichian, K., & Phanphanit, L. (2017, March 10). Development of nursing practice guidelines to prevent delirium in the elderly admitted to the cardiac intensive care unit at Khon Kaen



Hospital [Presentation]. Academic Conference on Graduate Research Presentations National and International Level.

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lerttrakarnnon, P., et al. (2011). Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. *BMC Family Practice*, 12(5), 1-5.

Yuwapattanawong, N., & Leungratanamart, L. (2016). Assessment and nursing care of delirium in elderly patients who have undergone surgery. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 101-112.