

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน
ของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำปาง

Development and Evaluation Clinical Practice Guidelines for Prevention of Delirium
Among Critically Ill Patients, Medicine Ward 3, Lampang Hospital

สุกัญญา เลหาธนาคม^{1,*} และวิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล²

Sukanya Laohatanakom^{1,*} and Wipa Iamsurang Jaramillo²

¹โรงพยาบาลลำปาง, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

¹Lampang Hospital, ²Boromarajonani College of nursing, Nakorn Lampang

(Received: February 7, 2023, Revised: February 22, 2023, Accepted: March 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพประเทศออสเตรเลีย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มประชากรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต (CPG-PDC) 18 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้ CPG-PDC 5 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับ CPG-PDC ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 106 คน เครื่องมือที่ใช้คือ CPG-PDC และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Multivariable risk difference regression

ผลการวิจัย พบว่า CPG-PDC มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงจากโปรแกรมประยุกต์และจากเครื่องมือ (CAM-ICU) 3) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้มาตรการรูปแบบไม่ใช้ยา Care bundle ABCDEF 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ เมื่อใช้ CPG-PDC จำนวน 106 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงเหลือเพียง 15 ราย (ร้อยละ 14.20) และระยะเวลาผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเฉลี่ยลดลงเหลือ 0.9 เวรต่อราย สรุปการใช้ CPG-PDC ทำให้หน่วยงานมีการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเป็นระบบ สามารถลดอุบัติการณ์ และลดระยะเวลาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น แผนกผู้ป่วยวิกฤตควรให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมการนอนหลับโดยการจัดชั่วโมงเงียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมระดับเสียงจากการทำกิจกรรมช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการต่าง ๆ และควรนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารเพื่อขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่นรวมถึงการนำเอามาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก, การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน, ผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sukanya.la@gmail.com)

Abstract

This developmental research aims to develop clinical practice guidelines (CPGs) for prevention delirium in critically ill patients, Lampang Hospital. The study was based on the CPGs implementing framework of the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). The sample was selected as the patients who conscious and able to communicate patients, From the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS $\geq$ -3 score). Subjects included 121 conscious patients, who were confined in Medicine Ward 3 before implementing of CPGs, and 106 subjects who were confined after implementing of CPGs. The instruments used in this study were CPGs for prevention of delirium among critically ill patients and a record form of the incidence of delirium in critically ill patients. Data analyses was done using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and compare the data before and after using CPGs general data with independent t-test, exact probability test and incidence rate of delirium with multi variable risk difference regression statistics.

The CPGs consisted of six domains 1) patient protection and ethics 2) risk factor and prevention for ICU delirium by the application and The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit [CAM-ICU] 3) Prevention by using non-pharmacology preventive measures in care bundle ABCDEF 4) Educating health team personnel 5) continuous monitoring and recording and 6) service quality improvement. The finding revealed that the incidence rate of ICU delirium among subjects in the CPGs group was 15 cases 14.2% and the average duration of the incidence (Mean) is 0.9 shift per case while the incidence rate of ICU delirium among subjects in the non-CPGs group was 42 cases only 34.7% and the average duration of the incidence (Mean) is 4.5 shift per case. By the incidence of P-value 0.071, resulting in less than 7-16.2% and the average duration of the incidence (Mean) value P-value < 0.001.

This study confirmed that implementing the CPGs was able to reduce the incidence rate of ICU delirium and the average duration of incidence (Mean). The investigator suggests these CPGs should be incorporated with quality improvement activities among another Ward.

Keywords: Clinical Practice Guidelines, Prevention ICU Delirium, Critically Ill Patient

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit delirium: ICU delirium) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยมีลักษณะประกอบด้วย อาการเริ่มต้นที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของวัน ขาดความตั้งใจและขาดสมาธิ ความคิดไม่เป็นระบบและการรับรู้ผิดปกติกไป หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Arend & Christensen, 2009) สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่ไปควบคุมสติปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยชักนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ และปัจจัยจากโรคเรื้อรัง (Maldonado, 2008) 2) ปัจจัยเร่งให้เกิด (Precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดภายหลังเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยจากการเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009) และปัจจัยจาก

สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วย (Van, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2008) ในหอผู้ป่วยหนักจะมีแสงสว่างตลอดเวลาทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Tabet & Howard, 2006) เสียงที่ดังรบกวนจากบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลนอนไม่หลับ (Bourne, 2008) อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤต (Boot, 2012) ขาดการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และสภาพแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยหนัก (Brummel & Girard, 2013) ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้นทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากขึ้น (Arend & Christensen, 2009) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะสับสนจะทำให้ผู้ป่วยดึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยชีวิต ได้แก่ ดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาวินิจฉัย เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง (Boot, 2012) ส่งผลต่อการฟื้นฟูที่ช้าลง และต้องนอนในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้นรวมถึงระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลที่จะเพิ่มขึ้น และทำให้อัตราตายสูงขึ้น (Pun & Boehm, 2011) บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู หรือทำร้าย (Boot, 2012) ส่งผลต่อครอบครัวและญาติเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น (King & Gratrix, 2009)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 (Semi-critical medical unit) โรงพยาบาลลำปาง รับผิดชอบผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติไปหนึ่งระบบหรือมากกว่า มีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นอันตรายที่กำลังคุกคามชีวิตตลอดจนให้มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากการติดตามประเมินของผู้วิจัย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยวิกฤต (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit: CAM-ICU) ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 45 ราย เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.88 (Statistics of internal medicine wards registration III, 2017) การศึกษามาก่อนหน้านี้ พบว่า โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการดูแลตามแนวปฏิบัติ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนในผู้ป่วยวิกฤต (Maria, 2012) จากการสำรวจข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 พบประเด็นการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงพูดของบุคลากรวัดได้ 65 - 70 เดซิเบล เสียงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์วัดได้ 50 เดซิเบล ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์กรพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ไม่ให้ระดับเสียงในหอผู้ป่วยเกินระดับ 45 เดซิเบล (Environmental Protection Agency: EPA, 1974) นอกจากนั้นแสงสว่างในบางจุดของหอผู้ป่วยจำเกินเกณฑ์มาตรฐานข้อแนะนำระดับความส่องสว่างของสถาบันวิศวกรรมไฟฟ้าและวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์นานาชาติ (Rand, Lehman, & Shteynberg, 2007) เช่น ตำแหน่งเตียงของผู้ป่วยวัดแสงสว่างได้ 500 ฟุตแรงเทียน เจ้าหน้าที่มีการเปิดไฟไว้ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้กลางวันหรือกลางคืน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 จากการทบทวนวรรณกรรมปี พ.ศ. 2557 พบว่า การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต สามารถป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยลดอุบัติการณ์ลงได้จากร้อยละ 34.71 เป็นร้อยละ 12.86 (Laohatanakom, 2014) ร่วมกับการเพิ่มครอบครัว (F คือ family) มีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมกับทีมสุขภาพ ใน Care bundle ABCDEF (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) นอกจากนั้นแนวปฏิบัติเดิมแนะนำที่สัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 2 คน (1:2) แต่จากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ซึ่งมีลักษณะเป็นหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ที่มีสัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อการดูแลผู้ป่วย 4 คน (1:4)

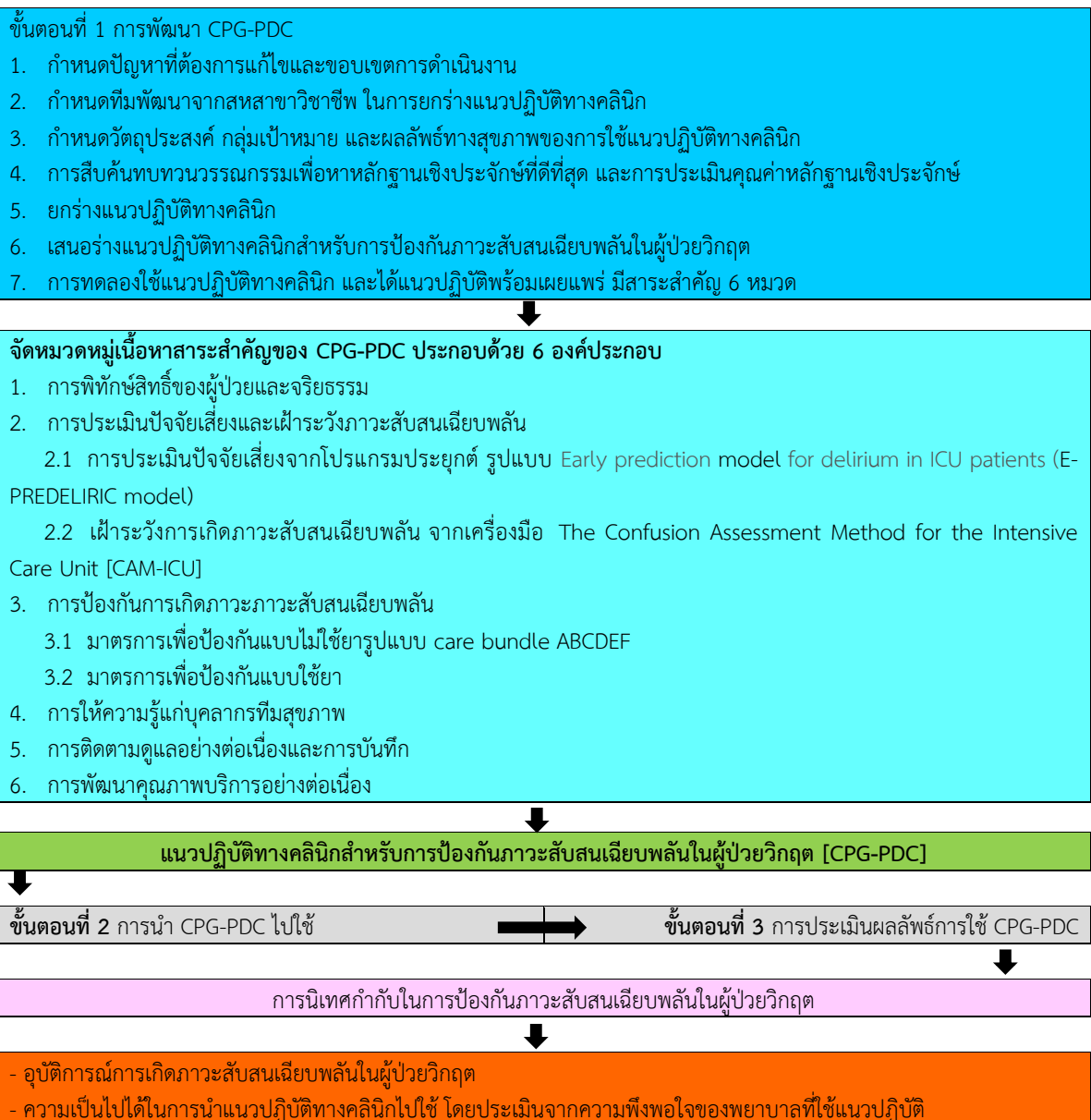
โรงพยาบาลลำปาง มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล จึงส่งเสริมให้หอผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งนี้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้ โดยเน้นการเฝ้าระวังและخذปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยได้

ประกอบกับหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกใช้ในหน่วยงาน จึงทำให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นฉบับที่ 2 เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดอุบัติการณ์รวมถึงระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยการมีส่วนร่วมจากการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติทุกคน เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) มากำหนดเป็นขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความทันสมัย มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้ และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย ที่รู้สึกตัวสามารถสื่อสารได้ทั้งการพูด และการเขียน โดยประเมินจากคะแนน (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS, 2002) > -3 คะแนน (Doungkaew, 2011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดย Laohatanakom (2018) มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาอย่างละเอียดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกรายการมากกว่า .05

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติ พัฒนาโดย Laohatanakom (2018) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (GCS) การวินิจฉัยโรค คะแนนภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย (RASS) จำนวนปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน การใช้อานอนหลับ ยาระงับประสาท และยาระงับปวด ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

2.1.2 ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต คำนวณอุบัติการณ์จากสูตร

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ในช่วงเวลาที่กำหนดเดียวกัน}} \times 100$$

2.1.3 ข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้เครื่องมือ CAM-ICU จากพยาบาลภายหลังนอนรักษาในหอผู้ป่วย 24 ชั่วโมงแรก และต่อเนื่องทุกเวร จากนั้นจำนวนเวลาที่พบผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์ ในแต่ละราย นำมารวมกันหาค่าเฉลี่ย (Mean) จากโปรแกรมประยุกต์

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จากแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้นโยบายทางคลินิก (Thongchai, 2005) ใช้สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติต่อการใช้นโยบายทางคลินิกว่า สามารถนำไปใช้ได้ง่าย เนื้อหาชัดเจนเข้าใจง่าย มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เป็นไปได้ในการใช้จริง และความพึงพอใจในการใช้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้นโยบายทางคลินิก โดยใช้การแปลผลระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ของ Bloom, Madaus, & Hastings (1971) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 46 - 57 คะแนนขึ้นไป หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

กลุ่มที่ 2 คะแนนระหว่างร้อยละ 60.1 - 79.9 หรือได้คะแนนระหว่าง 35 - 45 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

กลุ่มที่ 3 คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ลงมา หรือได้คะแนนน้อยกว่า 34 คะแนน หมายถึง ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก อยู่ในระดับเห็นด้วยน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนา แนวปฏิบัติ 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตการดำเนินงาน ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่มีความสำคัญต่อหน่วยงานและเฉพาะเจาะจง พิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีจำนวนมาก (High volume) มีความเสี่ยงสูง (High risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับความเห็นชอบในหลักการจากทีมผู้บริหารของกลุ่มงานการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อปรึกษา และเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และได้รับการตอบรับด้วยความสมัครใจแต่งตั้งบุคลากรเข้าร่วมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และเภสัชกร 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน

กิจกรรมที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และผู้วิจัยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ครอบคลุมทุกเป้าหมาย

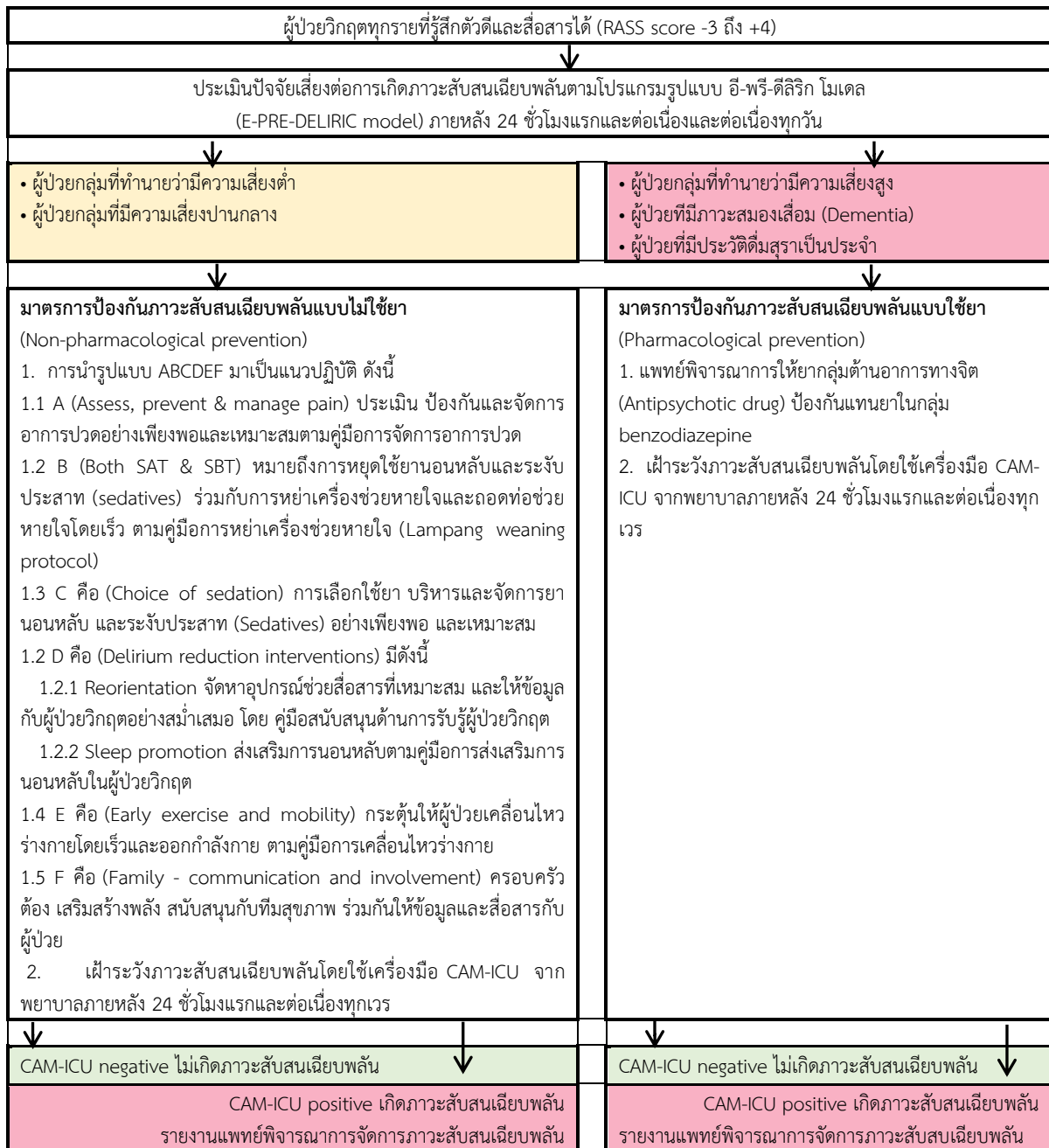
กิจกรรมที่ 4 ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยร่วมประชุมวางแผนการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานความรู้ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดระดับความน่าเชื่อถือ (Quality of evidence) และคุณภาพของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Strength of recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) (2013) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 42 ฉบับ โดยกรรมการได้จัดประชุม 3 ครั้ง ประเมินจัดคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จัดเป็นหมวดหมู่ 6 องค์ประกอบ จากนั้นสอบถามผู้ปฏิบัติ (แบบสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ) โดยประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 18 คน พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 87 สำหรับความสะดวกในการใช้ร้อยละ 88.9 ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนร้อยละ 94.4 พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 90.7 และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลร้อยละ 96.3 โดยภาพรวมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเฉลี่ยทุกหัวข้อร้อยละ 90.2

กิจกรรมที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่างนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต) แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม) 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกคืออาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกรายการมากกว่า .05 และปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอแนะ

กิจกรรมที่ 7 นำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำผลการรับฟังความคิดเห็นมาประชุมร่วมกัน เพื่อปรับแก้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามความเห็น ร่วมสรุปและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สมบูรณ์พร้อม จัดทำคู่มือการประเมินภาวะซึมเศร้ากระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย (RASS) คู่มือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) คู่มือการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการจัดการอาการปวด คู่มือการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และคู่มือการสนับสนุนด้านการรับรู้ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นรายละเอียดความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติต้องการให้ขยายความให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติ CPG-PDC ไปใช้ ดังภาพ 2 ระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล และทีมสุขภาพจึงจะเกิดประสิทธิผลได้ตามต้องการ รวมทั้งต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 18 ราย เครื่องมือ คือ แนวปฏิบัติ CPG-PDC ดำเนินการ โดยผู้วิจัยได้จัดประชุมในหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติเพื่อให้รับทราบการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นทางการ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์รายละเอียดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก และคู่มือทั้งหมด เพื่อสนับสนุนการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคจาก การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก วันละ 1 ครั้ง ในการการคุยกันยามเช้าก่อนการรับ-ส่งเวร (Morning huddle) และติดตามแก้ไขปัญหาในวาระประชุมหน่วยงานทุกเดือน ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC ในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560 – เมษายน พ.ศ. 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการให้ และประเมินผลตามกรอบ (National Health and Medical Research Council, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 ราย 2) ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่สามารถสื่อสารได้ โดยประเมินจากคะแนน RASS > -3 คะแนน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ CPG-PD เดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 121 ราย โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจากสถิติประจำเดือนของหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ CPG-PD เดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 106 ราย โดยรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้าจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของ

หน่วยงาน เครื่องมือ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC และแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ใช้สถิติเชิงบรรยาย Chi square test และวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้ CPG-PDC ด้วยการปรับอิทธิพล Multivariable risk difference regression และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุการฉีดยาด้วย Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 015/61 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ผลต่อการได้รับบริการ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษานั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ CPG-PDC ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC (n=227 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 121)		ใช้ CPG-PDC (n= 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	75	62.0	69	65.1	0.679
หญิง	46	38.0	37	34.9	
อายุ					
15 - 35 ปี	5	4.1	3	2.8	
36 - 60 ปี	27	22.3	20	18.9	
มากกว่า 60 ปี	89	73.6	83	78.3	0.223
ระดับความรู้สีกตัว (คะแนนกลาสโกว์)					
3-8 คะแนน	0	0	0	0	
9-12 คะแนน	13	10.7	15	14.2	
13-15 คะแนน	108	89.3	91	85.8	0.438
การวินิจฉัยโรค					
ความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอด	72	59.5	68	64.2	<0.001
ความผิดปกติระบบหัวใจและหลอดเลือด	45	37.2	16	15.1	
ความผิดปกติระบบสมองและประสาท	0	0	11	10.4	
ความผิดปกติระบบไต	1	0.8	6	5.7	
ความผิดปกติระบบเลือด (โรคเลือด)	1	0.8	0	0	
ความผิดปกติระบบต่อมไร้ท่อ	0	0	3	2.8	
ความผิดปกติจากยาหรือสารพิษเกินขนาด	0	0	1	0.9	
ความผิดปกติระบบเซลล์ (โรคมะเร็ง)	2	1.7	1	0.9	
ภาวะซีม สับสน หรือกระวนกระวาย (คะแนน RASS)					

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 121)		ใช้ CPG-PDC (n= 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับ +1 ถึง +4	31	29.2	42	34.7	0.096
ระดับ 0	69	65.1	73	60.3	
ระดับคะแนน -1 ถึง -5	6	5.7	6	5.0	

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.98 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.55 มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 59.50 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนนร้อยละ 89.26 มีการประเมินคะแนน RASS ส่วนใหญ่เป็นรู้สึกตัวดีและสงบอยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 ร้อยละ 60.33 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC จำนวน 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.09 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 78.30 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 64.15 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน ร้อยละ 85.85 คะแนนภาวะซึมเศร้า หรือ ภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 65.09 โดยข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของ CPG-PDC ของกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วย Chi square test (n=227)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน					
1 - 5 ปัจจัย	13	10.7	33	31.1	<0.001
6 - 10 ปัจจัย	104	86.0	73	68.9	
การให้อาหารย้อนกลับ					
ไม่ใช้ยา (ราย)	105	86.8	90	84.9	0.706
ใช้ยา (ราย)	16	13.2	16	15.1	
การให้อาหารรับประทาน					
ไม่ใช้ยา (ราย)	102	84.3	90	84.9	0.853
ใช้ยา (ราย)	19	15.7	16	15.1	
การให้อาหารรับประทาน					
ไม่ใช้ยา (ราย)	74	61.2	20	18.9	<0.001
ใช้ยา (ราย)	47	38.8	86	81.1	

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC มีความแตกต่างกันโดยกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลางร้อยละ 68.87 รองลงมา มีความเสี่ยงระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 31.13 สำหรับกลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 85.95 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ให้อาหารย้อนกลับและไม่ใช้ยาด้านอาการทางจิต สำหรับการให้อาหารรับประทานพบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ไม่ให้อาหารรับประทาน ร้อยละ 61.16 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ให้อาหารรับประทานถึงร้อยละ 81.13 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ตาราง 3 ปรับอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลของ CPG-PDC ด้วยสถิติ Multivariable risk difference regression

ตัวชี้วัด	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		Adjusted effect	95%CI	p-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ			
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	42	34.7	15	14.2	-7.8	-16.2-0.7	0.071
การใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug)	19	30.9	15	100	13	3.6-22.5	< 0.001

จากตาราง 3 พบว่า การใช้ CPG-PDC จะเพิ่มการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 13 ($p < 0.001$) และ การใช้ CPG-PDC ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้ร้อยละ 7.8 ($p = 0.071$) โดยลดได้ตั้งแต่ ร้อยละ 7-16.2

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวชี้วัด	ไม่ใช้ CPG-PDC (n = 121)		ใช้ CPG-PDC (n = 106)		t	95% CI	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ (เวร/ราย)	4.5	(±8.2)	0.9	(±2.9)	2.6	1.9 - 3.2	< 0.001

จากตาราง 4 พบว่า ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 0.9 เวน/รายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้ CPG-PDC (n=18)

หัวข้อที่ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก	ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=18)						
	มาก		ปานกลาง		น้อย		เฉลี่ย
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ
มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
มีความสะดวกในการปฏิบัติ	12	66.7	6	22.2	0	0.0	88.9
ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	15	83.3	3	11.1	0	0.0	94.4
ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้	13	72.2	5	18.5	0	0.0	90.7
ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล	16	88.9	2	7.4	0	0.0	96.3
มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	11	61.1	7	25.9	0	0.0	87.0
ภาพรวมเฉลี่ย	ร้อยละ 90.2						

จากตาราง 5 พบว่า การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 18 คน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยโดยมีคะแนนพึงพอใจในการใช้ภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 90.20

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาได้ CPG-PDC ที่ทบทวนรอบ (Version) 2 ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีข้อสรุปสิ่งที่ปรับเปลี่ยน เพิ่มจากใน Version 1 ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological prevention) เดิมใช้รูปแบบ Care bundle ABCDE ซึ่งมาจาก A คือ (Assess, prevent & manage pain, B คือ (Both spontaneous awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trial (SBT)), C คือ (Choice of sedation), D คือ (Delirium reduction interventions) ประกอบด้วย Re-orientation และ Sleep promotion, E คือ (Early Exercise and Mobility) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) การประเมินการป้องกันและการจัดการความปวด 2) การประเมินการตื่นและความพร้อมในการหายใจเอง 3) การประสานความร่วมมือการจัดการความปวดและภาวะกายใจไม่สงบทั้งแนวทางใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) การประเมินผลและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันทุกวัน 5) การกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายโดยเร็วปรับมาเป็น Care bundle ABCDEF โดยเพิ่ม F คือ (Family-communication and involvement) (Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2016) F คือ (Family-communication and involvement) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. โปรแกรมประยุกต์สำเร็จรูป (application program) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกวัน จากรูปแบบ PRE-DELIRIC model ปรับเป็น E-PREDELIRIC (Early-PREdiction of DELIRium in Icu) เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยด้านอายุ คะแนน APACHE II ระดับความเจ็บป่วย ประเภทของผู้ป่วย การติดเชื้อ ค่าความเป็นกรดต่างของผลเลือด การใช้ยา Morphine การใช้ยาลดปวด การทำหน้าท้องโต และความเร่งด่วนในการรับการรักษา (Linkaite, Riauka, Bunevičiute, & Vosylius, 2018) ซึ่งเครื่องมือนี้สะดวก ใช้เวลาน้อยกว่าเดิมจาก 3 - 5 นาที เหลือเพียง 1 นาที

การเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ครบตามองค์ประกอบทุกด้าน ประการแรก ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ E-PRE-DELIRIC model อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สามารถทำนายโอกาสของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงผู้ใช้นโยบายทางคลินิก สามารถวางแผนป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบเฉพาะรายได้ ดังแสดงในภาพ 2 โดยผู้ป่วยที่ถูกทำนายเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 12.30 และเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 77.40 เลือกใช้มาตรการเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา (รูปแบบ Care bundle ABCDEF) รวมถึงผู้ป่วยที่ถูกทำนายเสี่ยงสูงที่มีเพียง ร้อยละ 10.40 นอกจากเลือกใช้มาตรการเพื่อป้องกันเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา ยังต้องรายงานแพทย์เลือกมาตรการแบบใช้ยาตามแนวทางได้

ประการที่สองจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ คือ มาตรการเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต 6 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 Assess, prevent & manage pain การประเมินอาการปวดอย่างสม่ำเสมอและจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมเฉพาะราย (Schiemann, Hadzidiakos, & Spies, 2011) ข้อเสนอแนะดังกล่าวทำให้ผู้ใช้นโยบายทางคลินิกตระหนักถึงการประเมินระดับความปวดให้บ่อยครั้งขึ้นเมื่อเข้าไปทำกิจกรรมการพยาบาล โดยจากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่าการใช้ยาระงับปวดในกลุ่มใช้นโยบายทางคลินิก เป็นร้อยละ 81.13 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มไม่ใช้นโยบายทางคลินิก ที่มีการใช้ยาระงับปวดร้อยละ 38.84 โดยเกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้มีการจัดการอาการปวด

อย่างเหมาะสม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต และลดการรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ซึ่งถ้าควบคุมสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ผู้ป่วยจะพัฒนาไปสู่ภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009)

ข้อที่ 2 Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trial (SBT) ประกอบด้วย การหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด ทำการประเมินเพื่อหยุดการใช้ยากระตุ้นประสาททุกวัน (Mistraletti, Pelosi, Mantovani, Berardino, & Gregoretti, 2012)

ข้อที่ 3 Choice of sedation แพทย์มีการเลือกใช้ยาระงับประสาท อย่างเพียงพอและเหมาะสม รวมถึงการถอดท่อช่วยหายใจจะส่งผลต่อการสื่อสารและการรับรู้ที่ดีขึ้น สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตลง (Brummel & Girard, 2013) โรงพยาบาลลำปาง มีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) อย่างต่อเนื่องมานานกว่า 16 ปี โดยจากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่า การใช้ยาระงับประสาทในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นร้อยละ 15.09 ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ใช้ยาระงับประสาทเป็นร้อยละ 15.71 ซึ่งเกิดจากการนำเอาการปฏิบัติข้อนี้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงาน

ข้อที่ 4 Delirium reduction interventions ประกอบด้วย Re-orientation การให้ข้อมูลและมีการแจ่มแจ้งเตือนกับผู้ป่วยวิกฤตเรื่องวัน เวลา และสถานที่ที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่เป็นจริง (Colombo, Corona, Praga, Minari, Giannotti, & Castelli, et al, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงานเนื่องจากไม่เคยนำมาปฏิบัติในหน่วยงานมาก่อน ข้อเสนอแนะข้อนี้สามารถปฏิบัติได้ง่าย ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ตระหนักถึงการไม่รับรู้กาลเวลา และสถานที่ของผู้ป่วย และการย้ายเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยแยกไม่ไ้ระหว่างกลางวัน หรือกลางคืน ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำของภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติได้กับผู้ป่วยที่มีผลคะแนนการประเมินภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ในระดับมากกว่า -3ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถจะสื่อสารได้ (Desai, Chau, & George, 2013) จากข้อมูลในตาราง 1 จะเห็นได้ว่าผลคะแนนการประเมินภาวะซึม สับสน หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึม สับสนหรือกระวนกระวายกระสับกระส่าย ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 คือรู้สึกตัวดีและสงบ ร้อยละ 65.09 อยู่ในระดับค่าบวก คือ พักได้น้อย หรือกระสับกระส่าย ร้อยละ 29.25 อยู่ในระดับค่าลบ คือ หลับ ง่วงซึมไม่ตื่น ร้อยละ 5.66 ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 คือ รู้สึกตัวดีและสงบ ร้อยละ 65.1 อยู่ในระดับค่าบวก คือ พักได้น้อยหรือกระสับกระส่ายร้อยละ 34.71 อยู่ในระดับค่าลบ คือ หลับ ง่วงซึม ไม่ตื่น ร้อยละ 4.96 และอีกข้อคือ การส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตโดยการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม (Sleep promotion) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพของการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ กิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีชั่วโมงเงียบในหอผู้ป่วยวิกฤตวันละ 2 ครั้ง โดยควบคุมระดับเสียงในหอผู้ป่วยหนัก โดยปรับลดความดังของเสียงสัญญาณเตือนของอุปกรณ์เครื่องมือ วิทย์ โทรศัพท์ การปรับลดหรือปิดแสงไฟที่รบกวนผู้ป่วยลงในช่วงเวลากลางคืน และในเวลากลางวันให้ใช้แสงจากธรรมชาติมากที่สุด การแขวนป้ายงดใช้เสียง หรือกั้นผ้าม่านบริเวณเตียงผู้ป่วย เมื่อจัดกิจกรรมชั่วโมงเงียบ (Dennis, Lee, Woodard, Szalaj, & Walker, 2010) การมีกิจกรรมทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายด้านจิตใจ อารมณ์ เช่น การเลือกใช้ดนตรีบำบัด การนวดหลัง และการใช้สุคนธบำบัด รวมถึงหากส่งเสริมการนอนหลับด้วยการไม่ใช้ยา ไม่ได้ผล รายงานแพทย์พิจารณาการจัดการด้วยการใช้ยาร่วม (Konkani & Oakley, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ตระหนักถึงการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตผ่อนคลายพักหลับได้ดีขึ้นซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ยานอนหลับในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนใหญ่เป็นร้อยละ

15.09 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ใช้ยานอนหลับร้อยละ 13.22 ซึ่งแสดงถึงการจัดการการนอนหลับโดยทีมสุขภาพได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อที่ 5 Early Exercise and Mobility การกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิกฤตเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย โดยเร็ว เป็นเวลา 15 นาที 3 ครั้งต่อวัน โดยพิจารณาตามความเหมาะสม (Zomorodi, Topley, & McAnaw, 2012) ผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก็สามารถออกกำลังกายได้ (Fan, Guo, Li, & Zhu, 2012) ข้อเสนอแนะดังกล่าวเกิดการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ดีกว่าแบบเดิมจากเดิมให้ผู้ป่วย หรือคนช่วยจัดให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ข้อต่าง ๆ อยู่ในเตียง หากผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติมาเป็นจัดให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง และห้อยขาลงข้างเตียง รวมถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วย โดยนำผู้ป่วยลงมานั่งหรือยืนที่เก้าอี้ข้างเตียง ส่งผลต่อการรับรู้และปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อ 6 Family-communication and involvement ญาติมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล สื่อสาร และสร้างเสริมพลังอำนาจ จากการเพิ่มให้ญาติมีส่วนร่วม Version 2 จึงมีการประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 30 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบ rating scale 3 ระดับ พบว่า ผู้ป่วยอยากให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมการป้องกันรูปแบบมาตรการแบบไม่ใช้ยาทุกข้อ โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 80.00 ทุกข้อ มีภาพรวมเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 96.80 ข้อเสนอแนะ คือ การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบใช้ยา สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่ามีความเสี่ยงสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจะมีการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาการให้ยากลุ่มต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตามดุลยพินิจของแพทย์ (Colombo, Corona, Praga, Minari, Giannotti, Castelli, et al, 2012) ซึ่งเดิมในหน่วยงาน แพทย์มักเลือกใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และจับกับสารกาบาภายในสมองอย่างมากส่งผลต่อการส่งกระแสประสาท ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เสี่ยงต่อการเกิดเป็นภาวะสับสนเฉียบพลัน (Van, Elseviers, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen, & Bossaert, 2009) เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยแพทย์มีการพิจารณาเลือกใช้ยากลุ่มต้านอาการทางจิตแทนยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน จากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นได้ว่าการใช้ยาต้านอาการทางจิต กลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่มีการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 30.92 โดยเกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้เกิดจากการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีเนื้อหาครอบคลุมทุกด้านของการป้องกันเพียงอย่างเดียว การใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยอาศัยการบูรณาการ กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ผู้ศึกษาในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้บทบาทการเป็นผู้นำส่งเสริมการให้ความรู้ รวมถึงการกำกับนิเทศทั้งใน และนอกเวลาราชการ อีกทั้งก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้มีการใช้การประชาสัมพันธ์ (National Health and Medical Research Council, 2000) เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ โดยการจัดประชุมในหน่วยงานให้กับพยาบาลครบทุกคน เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤต การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การจัดทำบอร์ดเพื่อเผยแพร่ CPG-PDC การวางแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อเข้าใจได้ง่ายในหน่วยงาน การจัดทำคู่มือฉบับเต็มและฉบับย่อแบบพกพา รวมถึงการจัดทำแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแนวปฏิบัติไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อสะดวกต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้โดยง่าย รวมถึงผู้ศึกษาจัดทำและกำหนดตารางเวลาของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำมาติดไว้ในห้องทำงาน ทำให้สะดวกต่อพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติได้ และสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การประชาสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ จัดทำบอร์ดและแจกแผ่นพับสำหรับญาติเพื่อให้ความรู้ แนวทางการ

ป้องกัน และวางแผนร่วมกับญาติ และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยให้ข้อมูลที่จำเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดชั่วโมงงีบและการเข้าเยี่ยมชมอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนด้านกำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยวิกฤต

ในระหว่างที่มีการใช้ CPG-PDC ผู้ศึกษาได้ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (National Health and Medical Research Council, 2000) ซึ่งพบว่า มีข้อสังเกตที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ได้แก่ ประการแรก การส่งเสริมการนอนหลับโดยการจัดชั่วโมงงีบ พบว่าจากระบบโครงสร้างสภาพในหอผู้ป่วยเป็นระบบเปิด ไม่มีห้องแยก เมื่อต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงการทำหัตถการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับเสียงหรือปรับลดแสงไฟที่รบกวนผู้ป่วยลงได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยข้างเตียงนอกจากนั้นระบบไฟฟ้าในหอผู้ป่วยจะจ่ายแสงไฟฟ้าสว่าง 2 จุดแต่ 1 สวิตช์ไฟ ทำให้มีข้อจำกัดว่าไม่สามารถจัดชั่วโมงงีบผู้ป่วยได้พร้อมกัน ผู้ศึกษาจึงนำข้อสังเกตที่พบในช่วงพบกันก่อนรับเวรเช้า นำเสนอผู้บริหารให้แยกระบบแสงไฟฟ้าเป็น 1 จุดต่อ 1 สวิตช์ไฟ แทนภายในห้องทำงาน ในระหว่างรอกการดำเนินการนั้น ผู้ศึกษาจึงเสนอให้มีการเลือกใช้อุปกรณ์หน้ากากปิดตา รวมถึงที่อุดหูสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเสียงและแสงไฟตามความต้องการของผู้ป่วย และดำเนินการแยกระบบแสงไฟฟ้าแล้วเสร็จในสัปดาห์ที่ 8 ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

สิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการศึกษาคครั้งนี้ คือ แนวปฏิบัติที่ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติสูง ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ จากการที่ผู้ศึกษาได้มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (ดังแสดงในตาราง 3) เนื่องจากในหน่วยงานมีพยาบาล ร้อยละ 25 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติและมีทัศนคติที่ดี รวมถึงผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้งในด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติ ผู้ศึกษาเป็นหัวหน้าหอ ซึ่งเป็นผู้นำต้องอาศัยการนิเทศ สานิต และกำกับการปฏิบัติที่ข้างเตียงของผู้ป่วยและเป็นตัวอย่างแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นรายบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีทักษะในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จึงได้รับการสนับสนุนที่ดีจากพยาบาลและได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานมีวัฒนธรรมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและมีมาตรฐาน

จากการวิจัย อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในตาราง 3 มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ หน่วยงานมีบรรยากาศของการเรียนรู้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงานมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำผลการวิจัยเสนอแก่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ให้มีการแก้ปัญหา โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ เพื่อพิจารณานำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ และขยายผลการวิจัยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป
2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สถานที่ทำงานจำเป็นต้องเป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงการนำเอาการปฏิบัติมาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน
3. พยาบาลวิชาชีพควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหลายๆ หอผู้ป่วยวิกฤต (Multisite research) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

References

- Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: A review. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 145–154.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Boot, R. (2012). Delirium: a review of the nurse role in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(3), 185–189.
- Bourne, R. S. (2008). Delirium and use of sedation agents in intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13(4), 195–202.
- Brummel, N. E. & Girard, T. D. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical care Clinics*, 29(1), 51–65.
- Colombo, R., Corona, A., Praga, F., Minari, C., Giannotti, C., & Castelli, A., et al. (2012). A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiologica*, 78(9), 1026–1033.
- Dennis, C. M., Lee, R., Woodard, E. K., Szalaj, J. J., & Walker, C. A. (2010). Benefits of quiet time for neuro-intensive care patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 42(4), 217–224.
- Desai, S., Chau, T., & George, L. (2013). Intensive care unit delirium. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(4), 370–389.
- Doungaew, N. (2011). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubations in medical intensive care unit, Lampang Hospital*. Master of nursing science (Adult nursing) faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Environmental Protection Agency, Washington DC. (1974). Information on levels of environmental noise requisite to protect public health and welfare with an adequate margin of safety, Retrieved October 30, 2022 from <https://www.nonoise.org/library/levels74/levels74.htm>.
- Fan, Y., Guo, Y., Li, Q., & Zhu, X. (2012). A review: nursing of intensive care unit delirium. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 44(6), 307–316.
- Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology*, 125(6), 1229–1241. doi: 10.1109/IEEESTD.2007.4299432.

- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI levels of evidence*. Retrieved Jan 1, 2018 from https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of_evidence_2014_0.pdf
- King, J., & Gratrix, A. (2009). Delirium in intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(5), 144–147.
- Konkani, A. & Oakley, B. (2012). Noise in hospital intensive care units - a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care*, 27(5), 522.e1-9.
- Laohatanakom, S. (2014). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of delirium among critically ILL patients, medical intensive care unit, Lampang hospital*. Master of nursing science (Adult nursing) faculty of nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Laohatanakom, S. (2018). *Clinical practice guidelines for the prevention of acute confusional states in Sub Intensive Care Unit*. Lampang: Department of nursing, Lampang Hospital. (in Thai)
- Linkaite, G., Riauka, M., Bunevičiute, I., & Vosylius, S. (2018). Evaluation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for the patients in the care unit. *Acta Medica Lituanica*, 25, 14-22.
- Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: Characteristics, diagnosis and treatment. *Critical Care Clinics*, 24(4), 657–722.
- Maria, M. (2012). Delirium: a distressing and disturbing clinical event in a Intensive Care Unit. *Health Science Journal*, 6(4), 587-597.
- Mistraletti, G., Pelosi, P., Mantovani, E. S., Berardino, M., & Gregoretti, C. (2012). Delirium: clinical approach and prevention, best practice & research. *Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 311–326.
- National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Canberra: Commonwealth Australia.
- National Health and Medical Research Council. (2000). *How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies*. Canberra: Commonwealth Australia.
- Pun, B. T., & Boehm, L. (2011). Delirium in the intensive care unit: Assessment and AACN *Advanced Critical Care*, 22(3), 225–237. <https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318220c173>
- Rand, D., Lehman, B., & Shteynberg, A. (2007, June). Issues, models and solutions for triac modulated phase dimming of LED lamps. In *2007 IEEE Power Electronics Specialists Conference* (pp. 1398-1404). IEEE.
- Schiemann, A., Hadzidiakos, D., & Spies, C. (2011). Managing ICU delirium. *Current Opinion in Critical Care*, 17(2), 131–140.
- Statistics of internal medicine wards registration III. (2017). *Lampang: internal medicine wards*. Lampang Hospital. (in Thai)
- Tabet, N., & Howard, R. (2006). Prevention, diagnosis and treatment of delirium: Staff educational approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(5), 741–751.

- Thongchai, C. (2005). Clinical practice guidelines development. *The Thai Journal of Nursing Council*, 20(2), 63-76.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care (London, England)*, 13(3), R77.
- Van, R. B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 98-107.
- Zomorodi, M., Topley, D., & McAnaw, M. (2012). Developing a mobility protocol for early mobilization of patients in a surgical/trauma ICU. *Critical Care Research and Practice*, 2012, 964547. doi: 10.1155/2012/964547