

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดช่องท้อง

ณอมจิต ณอมศิริ, พย.บ.¹ อารณ ตีนาน, Ph.D.^{2*} วารินทร์ บินโฮเซ็น, ปร.ด.³

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า จำนวน 115 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบประเมินความปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 67.2 ปี (SD = 6.65) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 47.8 และมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.7 ได้รับการผ่าตัดแบบ Low anterior resection ร้อยละ 39.1 และ Hemicolectomy ร้อยละ 27 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 37.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความปวด ($r_s = .206, p = .027$) และคุณภาพการนอนหลับ ($r_s = .322, p < .001$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.365, p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ได้แก่ พยาบาลควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับไว้จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้าผ่าตัดในโรงพยาบาลจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าตัดช่องท้อง ภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยที่สัมพันธ์

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: aporn.d@rsu.ac.th

Factors Related to Postoperative Delirium Among Older Patients Undergoing Abdominal Surgery

Tanomchit Tanomsiri, B.N.S.¹, Aporn Deenan, Ph.D.^{2*}, Varin Binhosen, Ph.D.³

Abstract

Postoperative delirium is a common complication among older adults undergoing major surgery and is associated with adverse health outcomes. This descriptive correlational study aimed to determine the prevalence of postoperative delirium and examine the relationships of pain, sleep quality, and social support with postoperative delirium among older patients undergoing abdominal surgery. The sample comprised 115 older patients who underwent elective abdominal surgery and met the eligibility criteria. Data were collected using a demographic and health information questionnaire, the Thai Mental State Examination, the Numeric Rating Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index, a social support questionnaire, and the Nursing Delirium Screening Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The majority of participants were male (52.2%), with a mean age of 67.2 years (SD = 6.65). The most common diagnoses were colon cancer (47.8%) and rectal cancer (35.7%), and the most common procedures were low anterior resection (39.1%) and hemicolectomy (27.0%). Postoperative delirium occurred in 37.4% of participants. Postoperative delirium was positively correlated with pain ($r_s = .206$, $p = .027$) and poorer sleep quality ($r_s = .322$, $p < .001$), and negatively correlated with social support ($r_s = -.365$, $p < .001$).

The findings suggest that nurses should systematically assess postoperative delirium in older surgical patients and implement preventive care focusing on pain management, sleep promotion, and social support. Further research should develop and evaluate a multicomponent delirium-prevention program based on these significant factors.

Key words: Older patients, Abdominal surgery, Postoperative delirium, Related factors

¹ Master Degree student, MNS (Adult and Gerontological Nursing), Rangsit University

² Associate professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani

³ Assistant professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani

* Corresponding author e-mail: aporn.d@rsu.ac.th

บทนำ

การรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มผู้สูงอายุมีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปี มีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดมากกว่าปีละ 5 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2060 (Canales, Wann, Blitz, & Whittington, 2025) การผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและข้อ โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมตามวัย ซึ่งการผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีการผ่าตัดช่องท้องสูงกว่า 1.4-1.5 แสนรายต่อปี และเป็นผู้ป่วยสูงอายุประมาณร้อยละ 50-60 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี (Department of medical Services, 2024) การผ่าตัดใหญ่ของช่องท้องที่พบบ่อยในโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี การอุดตันของลำไส้ ไส้เลื่อน มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยดังกล่าวโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (Canales et al., 2025; Meunhong, Surit, & DOUNGKAEW, 2023)

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวและการรู้คิดเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีสมาธิลดลง และมักเกิดอาการภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยอาการมักรุนแรงมากขึ้นในช่วงเย็นหรือกลางคืน (Marcantonio, 2017) อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดพบได้ร้อยละ 11-32 (Kunprayoung, Jullamate, & Piboon, 2025; Monge, Alvarez, & Castillo, 2025; Prechaterasat, 2021; Somnuek, 2022) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และวิธีการประเมิน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า 2.8-5.6 เท่า และพบอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 22.70-45.45

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Marcantonio, 2017; Nazemi, Gowd, Carmouche, & Blevins, 2017) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันพบทั้งจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ การรักษา การผ่าตัด และ สภาพแวดล้อม เช่น ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อายุที่มากขึ้นภาวะซึมเศร้า จำนวนชนิดยา (Kunprayoung et al., 2025; Tamargo, Strath, & Cruz-Almeida, 2025) นอกจากนี้ White et al. (2024) ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การเสียเลือดปริมาณมาก ขณะผ่าตัด มีภาวะขาดสารอาหาร มีการติดเชื้อ มีภาวะสมองเสื่อม มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติการใช้ยา กลุ่มยากดประสาท ยานอนหลับ หรือยาต้านภาวะซึมเศร้า และการผ่าตัดที่ซับซ้อนหรือใช้เวลายาวนาน นอกจากนั้นยังพบว่า การนอนหลับที่มีคุณภาพไม่ดีก่อนผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Liu, Zhang, Chen, & Wang, 2023; Ou-Yang et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Todd, Smith, and Martin (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้าหากมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และ Guo, Li, Wang, and Zhang (2024) พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า หากมีปัญหาการนอนหลับก่อนผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาประมาณ 3 เท่า นอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอ (Tang, Li, & Xu, 2022) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยกระตุ้นความทรงจำจากคนคุ้นเคย ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดความคุ้นเคย ช่วยลดความเครียดและลดความวิตกกังวล เพิ่ม การรับรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ถึง ร้อยละ 30-40 (Wang et al., 2020)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิด (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสรีรวิทยา คือ ความปวด ปัจจัยทางจิตใจ คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ คุณภาพการนอนหลับ การป้องกัน และลดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เลือกสรรดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากปัจจุบันมีสถิติของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลทั่วไป การศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยและผู้ป่วยมักได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ซึ่งมีบริบทการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กลับจากห้องผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน จากประสบการณ์พบผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดบางรายที่มีอาการสับสน ไม่รู้เวลาและสถานที่ หรือพูดจาซ้ำ ๆ จำคนคุ้นเคยไม่ได้ ไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา บางรายพบผลกระทบของอาการดังกล่าวตามมา ดังนั้นจึงสนใจศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องการนำแบบประเมิน Nursing Delirium Screening Scale-NuDESC ซึ่งพัฒนาเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่ง่ายขึ้นและแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้แบบประเมินอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

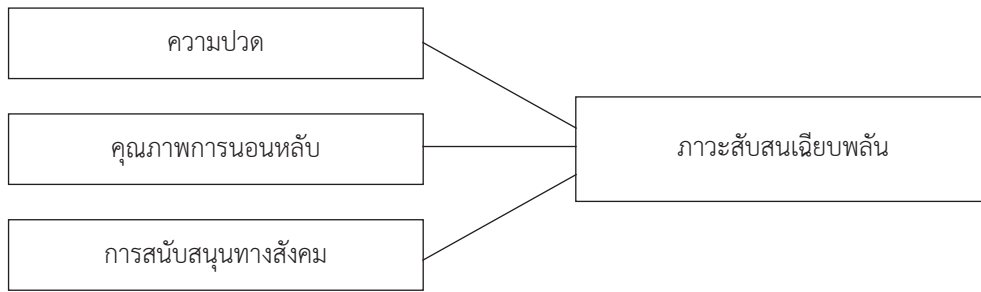
1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

สมมติฐานการวิจัย

ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งอธิบายว่า อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological Factors) ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ที่ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และมีผลต่อความรุนแรง ระยะเวลา และผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์นั้น ซึ่งการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยความปวด เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตใจ ที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ สนับสนุนการรับรู้ และคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของสมองและอาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเมษายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม คัดเลือกโดยวิธีการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นผู้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีการผ่าตัดที่มีแผนผ่าตัดไว้ล่วงหน้า
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
5. ไม่มีประวัติภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนเข้ารับการผ่าตัด ไม่มีประวัติติดสุราเรื้อรัง และไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือโรคหลอดเลือดสมอง

6. ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ด้วยเครื่องมือ Thai Mental State Examination และได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 (Faul et al., 2009) สำหรับการทดสอบสหสัมพันธ์แบบหางเดียว (one-tailed) เนื่องจากกำหนดสมมติฐานเชิงทิศทางจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = .236$ ตามการศึกษาของ Liu et al. (2023) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 110 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 115 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว วินิจฉัยโรค และการผ่าตัด
2. แบบประเมินความปวด (Numerical Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดระดับความปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดระดับปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดระดับรุนแรง (Hawker et al., 2011; McCaffery & Pasero, 1999)
3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) พัฒนาโดย Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) มีองค์ประกอบ 7 ด้าน มีข้อความถาม 19 ข้อ ได้แก่ เวลาในการ

เข้านอน ระยะเวลาอนจริง ประสิทธิภาพการนอน คุณภาพการนอน การรบกวนจากปัจจัยภายนอก การใช้ยานอนหลับ และอาการง่วงในตอนกลางวัน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน ถ้าได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 5 คะแนน แสดงถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติฉบับภาษาไทย (Thai Revised Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Thai r-MSPSS) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Zimet et al. (1988) และผ่านการตรวจสอบฉบับภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

5. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Nursing Delirium Screening Scale: NuDESC) พัฒนาโดย Gaudreau et al. (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวิทย์ สมนึก (Somnuek, 2022) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ความสับสน (Disorientation) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate behavior) การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate communication) การรับรู้ผิดปกติ เช่น ภาพหลอนหรือความเข้าใจผิด (Illusions/Hallucinations) และการเคลื่อนไหวช้าลง (Psychomotor retardation) แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-2 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัยได้รับการตรวจสอบดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินความปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความเชื่อมั่น 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคน มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและทึมพยาบาล ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนวันผ่าตัด และประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อให้ แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์

4. ในวันก่อนวันผ่าตัดที่ผู้ป่วยมานอนในหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัย การปฏิเสธหรือถอนตัว และประโยชน์ ของการเข้าร่วมวิจัย เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยแสดงความจำนงค์เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามในใบยินยอม ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมด้วยแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความปวดและประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากหลังผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ โดยวัดระดับความปวดด้วย แบบประเมินความปวด (Numerical Rating Scale: NRS)

7. ผู้วิจัยประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ในช่วง 48 ชั่วโมงที่ผ่านมาด้วยการประเมินจากการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ การสังเกตและประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การรับรู้ การสื่อสารและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยตาม แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Nursing Delirium Screening Scale: NuDESC)

8. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA No. RSUERB2024-133 (5 สิงหาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 65/2567 (25 มิถุนายน 2567) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลถูกบันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อ จัดเก็บในพื้นที่ที่มีการป้องกันการเข้าถึง และทำลายภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย 2 ปี

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.17 มีอายุเฉลี่ย 67.20 ปี (SD = 6.65) โดยอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.48 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 34.78 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.09 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.90 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.90 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.50 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 47.70 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.70 และได้รับการผ่าตัดแบบ low anterior resection ร้อยละ 39.13 และ hemicolectomy ร้อยละ 26.96 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 115)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	55	47.83
ชาย	60	52.17
อายุ (Min = 60, Max = 84) mean 67.20 (SD = 6.65)		
อายุ 60-69 ปี	40	34.78
อายุ 70-79 ปี	50	43.48
อายุ ≥ 80 ปี	25	21.74

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.35
ประถมศึกษา	76	66.09
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	25	21.74
ปริญญาตรี	9	7.82
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	62	53.90
5,001 - 10,000 บาท	30	26.10
10,001 - 30,000 บาท	11	9.57
30,001 - 50,000 บาท	12	10.43
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	45	39.10
ไม่เพียงพอ	70	60.90
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	17.39
เบาหวาน	1	0.87
ไทรอยด์	1	0.87
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2	1.73
มะเร็ง	2	1.73
ไขมันในเลือดสูง	5	4.35
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	12	10.43
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	22	19.13
ความดันโลหิตสูง	50	43.50
วินิจฉัยโรค		
ฝีในช่องท้อง	1	0.90
ลำไส้อุดตัน	18	15.70
มะเร็งลำไส้ตรง	41	35.70
มะเร็งลำไส้ใหญ่	55	47.70
การผ่าตัด		
Hart's Man Operation	2	1.74
Abdominal Peritoneal Resection	3	2.60
AP Resection	5	4.35
Sigmoidectomy	5	4.35
Small Bowel Resection	10	8.70
Loop Colectomy	14	12.17
Hemicolectomy	31	26.96
Low Anterior Resection	45	39.13

ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 มีระดับความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง เท่ากับ 5.98 (SD = 1.80) ส่วนใหญ่มีความปวดระดับรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 45.22 รองลงมาคือความปวดระดับปานกลาง ร้อยละ 42.60 และความปวดเล็กน้อยร้อยละ 12.17 คุณภาพการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (SD = 3.36) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 (SD = 6.14) พบว่าร้อยละ 94.78 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง (N = 115)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Min-Max	Mean	SD
ภาวะสับสนเฉียบพลัน				—	—
ไม่มี	72	62.60			
มี	43	37.40			
ความปวด			2-10	5.98	1.80
ระดับเล็กน้อย	14	12.17			
ระดับปานกลาง	49	42.60			
ระดับรุนแรง	52	45.22			
คุณภาพการนอนหลับ			0-18	5.97	3.36
คุณภาพดี	51	44.34			
คุณภาพไม่ดี	64	55.65			
การสนับสนุนทางสังคม			12-84	65.83	6.14
ระดับต่ำ	0	0			
ระดับปานกลาง	6	5.21			
ระดับสูง	109	94.78			

ก่อนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความปวด ($r_s = .206$, $p = .027$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับ ($r_s = .322$, $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.365$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ตัวแปร	r_s	p-value	การแปลผล
ความปวด	.206	.027	ต่ำ
คุณภาพการนอนหลับ	.322	< .001	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.365	< .001	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 22-38 (Kim, Li, & Kim, 2020; Wang et al., 2022) โดยภาวะดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติชั่วคราวของการทำงานของสมองร่วมกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ acetylcholine ที่ลดลงและ dopamine ที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยของระบบประสาทตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อความเครียดและการอักเสบหลังผ่าตัดมากขึ้น (Rengel et al., 2019; Rengel et al., 2020) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.20 ปี (SD = 6.65) ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากสมองมีความสามารถในการปรับตัวลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน เช่น Low Anterior Resection และ Hemicolectomy ซึ่งกระตุ้นกระบวนการอักเสบและการหลั่ง cytokines เช่น IL-1, IL-6 และ TNF- α ส่งผลให้เกิด neuroinflammation และรบกวนการทำงานของสมอง (Rengel, Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2020) ร่วมกับความเครียดจากการผ่าตัดที่กระตุ้น HPA axis ทำให้ระดับ cortisol และ catecholamines เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้และระดับความรู้สึกตัวของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาการปวด การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมากขึ้น (Kunprayong et al., 2025)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ (Lenz et al., 1997) ที่อธิบายว่า อาการหรือภาวะผิดปกติทางสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ซึ่งร่วมกันส่งผลต่อการรับรู้ การตอบสนอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล โดยในการศึกษานี้พบว่า ความปวดซึ่งเป็นปัจจัยด้านสรีรวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r_s = .206$, $p = .027$) ทั้งนี้ ความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นปัจจัยกระตุ้น stress response ของร่างกาย ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นและมีการหลั่ง cortisol และ catecholamines เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง และกระบวนการรู้คิด (Rengel et al., 2019) อีกทั้งยังส่งเสริมการหลั่ง cytokines เช่น interleukin-6 และ tumor necrosis factor-alpha ที่กระตุ้น neuroinflammation และรบกวนสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะ acetylcholine และ dopamine ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่ายในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ยังไม่พบว่าการปวดระดับปานกลางสามารถกระตุ้นการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) และ Wang et al. (2022) ที่รายงานว่าความปวดหลังผ่าตัดแม้ในระดับปานกลางยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r_s = -.365$, $p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรสและได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lenz et al. (1997) ปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การได้รับความใส่ใจ การดูแลเอาใจใส่ และการมีบุคคลคุ้นเคยอยู่ใกล้ชิด สามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และลดการกระตุ้น hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) ส่งผลให้ระดับ cortisol ลดลง รวมถึงช่วยกระตุ้นการรับรู้ด้านเวลา สถานที่ และบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) และ Li et al. (2025) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

นอกจากนี้คุณภาพการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r = .322$, $p < .001$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีปัญหาการนอนหลับอยู่เดิม เช่น หลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นกลางดึก และง่วงในเวลากลางวัน เมื่อร่วมกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น เสียงรบกวน แสงสว่าง และการรบกวนจากกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน ยิ่งส่งผลให้วงจร circadian rhythm และการนอนหลับระยะ REM ถูกรบกวน (Zhang, Zhao, Li, & Chen, 2023) ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lenz et al. (1997) ปัจจัยด้านสถานการณ์สามารถส่งผลต่อการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการได้โดยตรง การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจะส่งผลให้สมองไม่สามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทได้อย่างเพียงพอ เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เพิ่มการหลั่งฮอโมนความเครียด และลดประสิทธิภาพของกระบวนการรู้คิด ความจำ และสมาธิ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2022) และ Zheng, Luo, Wu, & Li (2023) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเน้นการจัดการตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ เช่น จัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งตัวแปรครั้งนี้และตัวแปรอื่น ๆ ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดโดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับและการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในบริบทการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปและไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

References

- Buyssse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Canales, C., Wann, L., Blitz, J., & Whittington, R. (2025). The older adult surgical patient: A review of optimization and gaps in clinical practice. *Perioperative Medicine*, 14, 104. <https://doi.org/10.1186/s13741-025-00593-x>

- Department of Medical Services. (2024). *Statistics of surgery in Thailand, 2020-2022*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gaudreau, J.-D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M.-A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>
- Guo, Y., Li, X., Wang, Y., & Zhang, H. (2024). Preoperative sleep problems and risk of postoperative delirium in elderly patients undergoing abdominal surgery. *BMC Geriatrics*, 24, 118. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04659-3>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240-S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Kim, E. M., Li, G., & Kim, M. (2020). Development of postoperative delirium in older adults undergoing surgery: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(2), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.003>
- Kunprayoung, S., Jullamate, P., & Piboon, C. (2025). Factors associated with postoperative delirium among older adults undergoing abdominal surgery in Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 29(1), 22-37.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>
- Li, J., Fan, Y., Luo, R., Wang, Y., Yin, N., Qi, W., . . . Jing, J. (2025). Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 161, 104937. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104937>
- Liu, Y., Zhang, H., Chen, X., & Wang, J. (2023). Poor preoperative sleep quality and postoperative delirium in older surgical patients: A prospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 23, 211. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02144-8>
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456-1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1605501>
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

- Meunhong, S., Surit, P., & Doungkaew, K. (2023). Postoperative complications among older adults undergoing abdominal surgery in general hospitals. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(4), 78-92.
- Monge, M., Alvarez, P., & Castillo, R. (2025). Incidence and predictors of postoperative delirium among elderly surgical patients: A multicenter study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37(2), 455-463. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02871-2>
- Nazemi, A. K., Gowd, A. K., Carmouche, J. J., & Blevins, J. L. (2017). Prevention and management of postoperative delirium in elderly patients following elective spinal surgery. *Clinical Spine Surgery*, 30(3), 112-119. <https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000448>
- Ou-Yang, C.-L., Ma, L.-B., Wu, X.-D., Ma, Y.-L., Liu, Y.-H., Tong, L., . . . Mi, W.-D. (2024). Association of sleep quality on the night of operative day with postoperative delirium in elderly patients: A prospective cohort study. *European Journal of Anaesthesiology*, 41(3), 226-233. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001952>
- Prechaterasat, N. (2021). Incidence and risk factors of postoperative delirium in older adults after major surgery. *Thai Journal of Nursing Council*, 36(2), 65-79.
- Rengel, K. F., Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2020). Long-term cognitive and functional impairments after critical illness. *Anesthesia & Analgesia*, 130(3), 527-536. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000466>
- Rengel, K. F., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2019). Postoperative delirium. *La Presse Médicale*, 47(4 Pt 2), e53-e64. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.012>
- Somnuek, P. (2022). Postoperative delirium among older adults in surgical wards: Incidence and associated factors. *Journal of Health Science Research*, 16(1), 33-45.
- Tamargo, R. J., Strath, L. J., & Cruz-Almeida, Y. (2025). Pain, sleep disturbance, and postoperative delirium in older surgical patients. *Journal of Geriatric Surgery*, 10(1), 15-27.
- Tang, C., Li, Y., & Xu, H. (2022). Social support and postoperative delirium among hospitalized older adults. *BMC Geriatrics*, 22, 744. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03412-7>
- Todd, O. M., Smith, T. O., & Martin, F. C. (2017). Preoperative sleep disturbance and postoperative delirium. *Age and Ageing*, 46(3), 431-438. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw220>
- Wang, N. Y., Hirao, A., & Sieber, F. (2022). Association between postoperative delirium and cognitive decline in older adults undergoing major surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 123-131. <https://doi.org/10.1111/jgs.17435>
- Wang, Y.-Y., Yue, J.-R., Xie, D.-M., Carter, P., Li, Q.-L., Gartaganis, S. L., . . . Inouye, S. K. (2020). Effect of the tailored, family-involved Hospital Elder Life Program on postoperative delirium and function in older adults: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 180(1), 17-25. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446>
- White, N., Bazo-Alvarez, J. C., Koopmans, M., West, E., & Sampson, E. L. (2024). Understanding the association between pain and delirium in older hospital inpatients: Systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 53(4), afae073. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae073>

- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 161-168. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.161>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zhang, H., Zhao, X., Li, Y., & Chen, J. (2023). Hospital environmental factors and sleep quality among older adults after surgery. *BMC Geriatrics*, 23(1), 514. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04152-8>
- Zheng, W., Luo, A., Wu, X., & Li, L. (2023). Preoperative sleep disturbance and postoperative delirium in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1187643. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1187643>