

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร*

กชพนิต ชันดีจิตร พย.ม**

สายพิน เกษมกิจวัฒนา พย.ด***

ปรางทิพย์ ฉายพุทธ ปรด. (พยาบาล)****

บทคัดย่อ: การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารนี้ พัฒนาจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซุคัพ ปี ค.ศ. 2000 ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษา ถึงระยะที่ 3 หลักฐานที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ ในการนำหลักฐานไปใช้ มีทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2 เรื่อง การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง การวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า 7 เรื่อง และการศึกษาย้อนหลัง 2 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ได้สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้การพยาบาลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามที่ประเมินได้ แนวปฏิบัตินี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางเดินอาหาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร 1 ท่านและพยาบาลแผนกศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ท่าน

ข้อเสนอแนะ: การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ควรมีการศึกษานำร่องร่วมกับการประเมินผล ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์เพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยบูรณาการเข้ากับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กรและปรับปรุงให้มีความทันสมัยตามงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์

วารสารสภาการพยาบาล 2551 ; 23(2) 26-37

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด, ผู้สูงอายุ, การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

*สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเวชธานี กรุงเทพฯ

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม จึงเป็นวัยที่ประสบปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อย จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 22 เป็นอันดับ 3 รองจากโรคไขข้ออักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง¹ นอกจากนี้จากสถิติของสถานวิทยามะเร็งศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2548 พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากถึงร้อยละ 18.42 และ 21.17 ตามลำดับ² ซึ่งเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 31³

การที่ผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยเฉลี่ย ผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1.96 โรคต่อคน⁴ และพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันมีถึงร้อยละ 70.8¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากการศึกษาพบว่า การได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง (major abdominal surgery) ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี เกิดภาวะไร้ความสามารถร้อยละ 12-50 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี มีอัตรา

การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 ถ้าได้รับการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมงจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 33⁵⁻⁶ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ท้องอืด เส้นเลือดดำอุดตัน แผลแยกภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะสับสนเฉียบพลัน⁶ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด มีอุบัติการณ์อยู่ระหว่างร้อยละ 15-50⁷

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นความผิดปกติของสมองทำให้มีความบกพร่องของกระบวนการรู้คิดโดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติด้านความจำ การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล สูญเสียความสามารถในการรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ การตัดสินใจผิดปกติ ขาดความสามารถในการใช้เหตุผลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนหลังการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 73 เช่น ปอดอักเสบหลังผ่าตัดเป็น 14.3 เท่า ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็น 15 เท่า และไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจสูงถึง 5.7 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน⁷ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน อัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้นร้อยละ 30⁸⁻⁹

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุอีกด้วยเนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาค่ารักษาพยาบาลและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร บางส่วนของโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน และ ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 135,758 บาทต่อคน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีระยะเวลา นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13 วัน เกิดภาวะติดเชื้อ จากการดิ่งสายสวนปัสสาวะและต้องเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 283,576 บาทต่อคน ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวเกิด จากการที่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางหลายด้าน รวมถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุจะมี ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมพิเศษในโรงพยาบาลเอกชนระดับตติย ภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็น ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน แต่ยังไม่มีแนว ปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานอย่างเป็น รูปธรรม การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยังเป็นการ ดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั่วไป และบุคลากรสุขภาพยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้สูงอายุมาก นัก จึงดูเหมือนว่าปัญหานี้มักถูกละเลยและไม่ได้ รับความสนใจจากบุคลากรสุขภาพเท่าที่ควร หาก พิจารณาถึงภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดกับผู้สูงอายุ นั้นเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้ามีการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงและวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันตั้งแต่ แรกเริ่ม จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด

ภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การ ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงตลอดจนให้ การพยาบาลในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงซึ่งจะลด อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูง อายุได้ถึงร้อยละ 40-70¹⁰

สถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน มุ่งเน้นการประกัน คุณภาพในการให้บริการ วิธีการหนึ่งซึ่งเป็นที่ ยอมรับในระดับสากลว่าเป็นการให้บริการที่มี คุณภาพคือการพัฒนานวัตกรรมหรือปรับปรุง คุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์¹³ ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้จากการวิจัย ร่วมกับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์จากการทำงานในการพัฒนาแนวทาง การดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มให้มีความเหมาะสมกับ บริบทและทรัพยากรในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุอย่าง ใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการ พัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดมีความ ปลอดภัยและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสน เฉียบพลันลงได้ซึ่งแสดงถึงการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานของวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของ ความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารจะได้รับการประเมินและดูแลแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จึงช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดที่มีมาตรฐานเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงวิชาชีพ และเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการตลอดจนบุคลากรวิชาชีพอื่น

3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลลัพธ์จากการดูแลย่อมมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในการให้บริการและสามารถเทียบเคียงได้กับสถาบันให้บริการสุขภาพชั้นนำของประเทศ

การดำเนินการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในเรื่องนี้ ผู้ศึกษาเลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นรูปแบบที่

มีกระบวนการชัดเจนครอบคลุมและเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1. การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ซึ่งจะได้จากหลักฐาน 2 แหล่งด้วยกัน คือ ปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงาน (practice triggered) และจากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered)

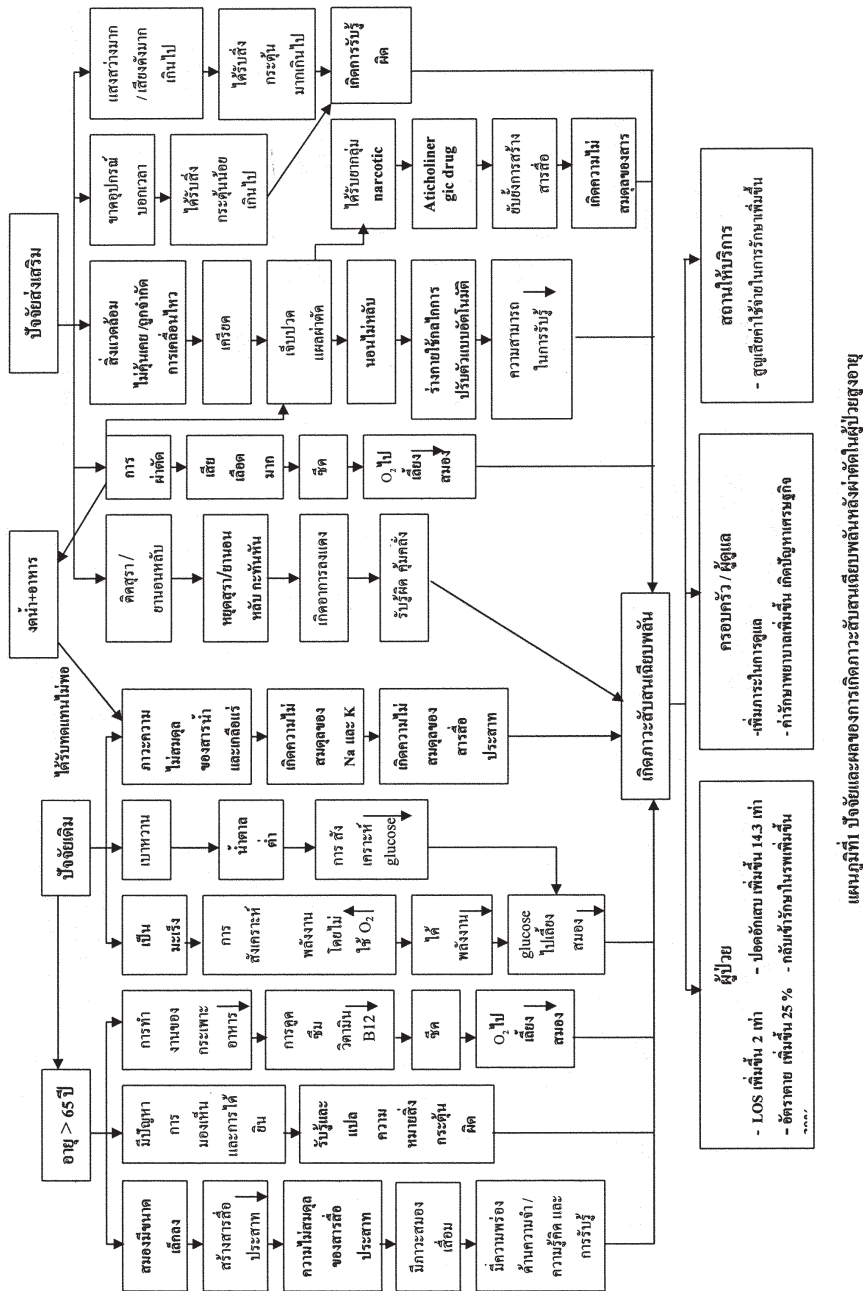
1. ปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ไม่มีมาตรฐานการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นๆ ทั่วไป และไม่มี การประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด จึงยังคงพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้บ่อย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งผู้สูงอายุและโรงพยาบาลที่ให้การรักษาดังกล่าว

2. จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggered) จากการทบทวนงานวิจัย ตำรา บทความวิชาการต่างๆ ช่วยให้เข้าใจการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

ในผู้สูงอายุรวมถึงได้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ
หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลัน
เป็นสิ่งที่ป้องกันได้โดยการให้การพยาบาลในการ

ป้องกันปัจจัยเสี่ยงก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการของ
ภาวะสับสนเฉียบพลันจะสามารถลดอุบัติการณ์
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้



สรุป การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข การทบทวนวรรณกรรมได้อาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มเป้าหมายได้ จึงดำเนินการต่อไปในระยะที่ 2 เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่ต้องการ

ระยะที่ 2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ประเด็นคำถามที่ต้องการคำตอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Mental status) แบบใดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร
2. ปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีอะไรบ้าง
3. วิธีการในการป้องกันและลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร มีอะไรบ้าง

การกำหนดขอบเขตและเกณฑ์ในการสืบค้นงานวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาจากงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และวิธีการที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1999-2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ผู้ศึกษาทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) ฐานข้อมูล Blackwell, CINAHL, DARE, Journal link, Medline, Pub Med, OVID, and Science Direct รวมถึงการสืบค้นด้วยมือและจากเอกสารอ้างอิง

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์มีดังนี้ elderly, older adult, geriatric, in patient, delirium, postoperative, gastrointestinal operation, acute confusion, prevention protocol, standard of care, risk factors, หลักฐานที่ได้จากการสืบค้นทั้งหมด จะผ่านการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลและความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานไปใช้ในบริบทของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารของหน่วยงานโดยที่การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์การประเมินของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา¹¹ การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของของมิวนิก และไฟน์เฮิร์ท¹⁵

ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้แนวคิดของ โพลิก และแบค¹⁶

ผลของการสืบค้นหลักฐานที่ได้ทั้งหมดและผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีจำนวนทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิก 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง การศึกษาไปข้างหน้า 7 เรื่อง และการศึกษาย้อนหลัง 2 เรื่อง

สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

1. การประเมิน

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือ Thai delirium rating scale (TDRS) และ Thai mental status examination (TMSE) มีความไว อำนาจในการทำนายสูง และเหมาะสมกับบริบทของคนไทย¹⁴⁻¹⁶ การประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนผ่าตัดจะต้องประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุ ความรุนแรงของโรคร่วม และจำนวนโรคประจำตัวความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ¹⁴

2. การป้องกันปัจจัยเสี่ยง

2.1 การป้องกันการเกิดการสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องเฝ้าระวังในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และได้รับยาที่มีผลกระทบต่อระบบจิตประสาท เช่น ยากันชัก ยาอนาโบลยาในกลุ่ม narcotic drug¹⁶

2.2 เฝ้าระวังผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง มีภาวะช็อค ค่าฮีมาโตคริต น้อยกว่า ร้อยละ 30¹⁷

2.3 การเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติได้แก่ระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 3 mmol/dl หรือมากกว่า 6 mmol/dl ระดับโซเดียมในกระแสเลือดน้อยกว่า 130 mmol/dl หรือมากกว่า 156 mmol/dl และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดน้อยกว่า 60 mg/dl หรือมากกว่า 300 mg/dl¹⁶

2.4 การเฝ้าระวังในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี นอนรักษาทันที มีปัญหาการนอนหลับ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะขาดน้ำ มีการเปลี่ยนย้ายห้องหรือหอผู้ป่วย ไม่มีแว่นสายตาไม่มีนาฬิกาหรือปฏิทินในห้อง ได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัส ผสมมาก หรือน้อยเกินไป และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย^{8,17}

2.5 การเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วยหลายโรค เช่น เบาหวาน อัมพาต ความดันโลหิตสูง โรคพิษสุราเรื้อรัง

2.6 การดูแลเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันควรเป็นการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะรายบุคคล ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{3,8}

2.7 ความเครียด หรือความวิตกกังวลจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง เป็นเหตุให้แสดงพฤติกรรมที่ผู้อื่นเห็นว่าผิดปกติหรือสับสน¹⁸

2.8 การส่งเสริมการนอนหลับภายหลังผ่าตัด จะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุได้⁹

สาระหลักที่ได้จากหลักฐานทั้ง 14 เรื่อง นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเดินอาหาร 1 ท่าน ศัลยแพทย์ทางเดินอาหาร 1 ท่าน และพยาบาลแผนกศัลยกรรมที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 1 ท่าน จากนั้นได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาล หลังการปรับปรุงนี้เสนอต่อพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารในหน่วยงานเพื่อทำประชาพิจารณ์และมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรงอีกครั้งหนึ่ง และได้แนวปฏิบัติการพยาบาลดังแสดงข้างล่างนี้

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร

คำจำกัดความ (Definition)

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ทำให้มีความพร้อมของกระบวนการรู้คิดโดยมีลักษณะที่สำคัญ คือความจำเสื่อม มีความพร้อมในการรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ การตัดสินใจและการใช้เหตุผล อาการจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสามารถฟื้นฟูได้ในระยะเวลาอันสั้นหากได้รับการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุได้

กลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 60 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารที่เป็นกรณีนัดผ่าตัด(elective case) ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. มีอายุ ≥ 60 ปี ที่เป็นกรณีนัดผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร
2. มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ประเมินจากแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน
3. มีความบกพร่องด้านการรับรู้ เช่น การมองเห็น หรือการได้ยิน

4. มีความเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ สมองเลื่อม โรคเมเร็ง หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจาง และ โรคไต

5. ได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะกลุ่มยานอนหลับ เช่น benzodiazepam กลุ่ม narcotic เช่น morphine และ กลุ่มต้านโคลิเนอร์จิก เช่น atropine

6. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะโซเดียม หรือโปแตสเซียมในกระแสเลือด สูง หรือ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

7. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่ การผูกยึดร่างกาย หรือ การผูกยึดทางการแพทย์ เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายทางจมูกจนถึงกระเพาะอาหาร เป็นต้น

8. มีปัญหาการนอนหลับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินและดูแลแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ที่มีมาตรฐานเดียวกัน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ

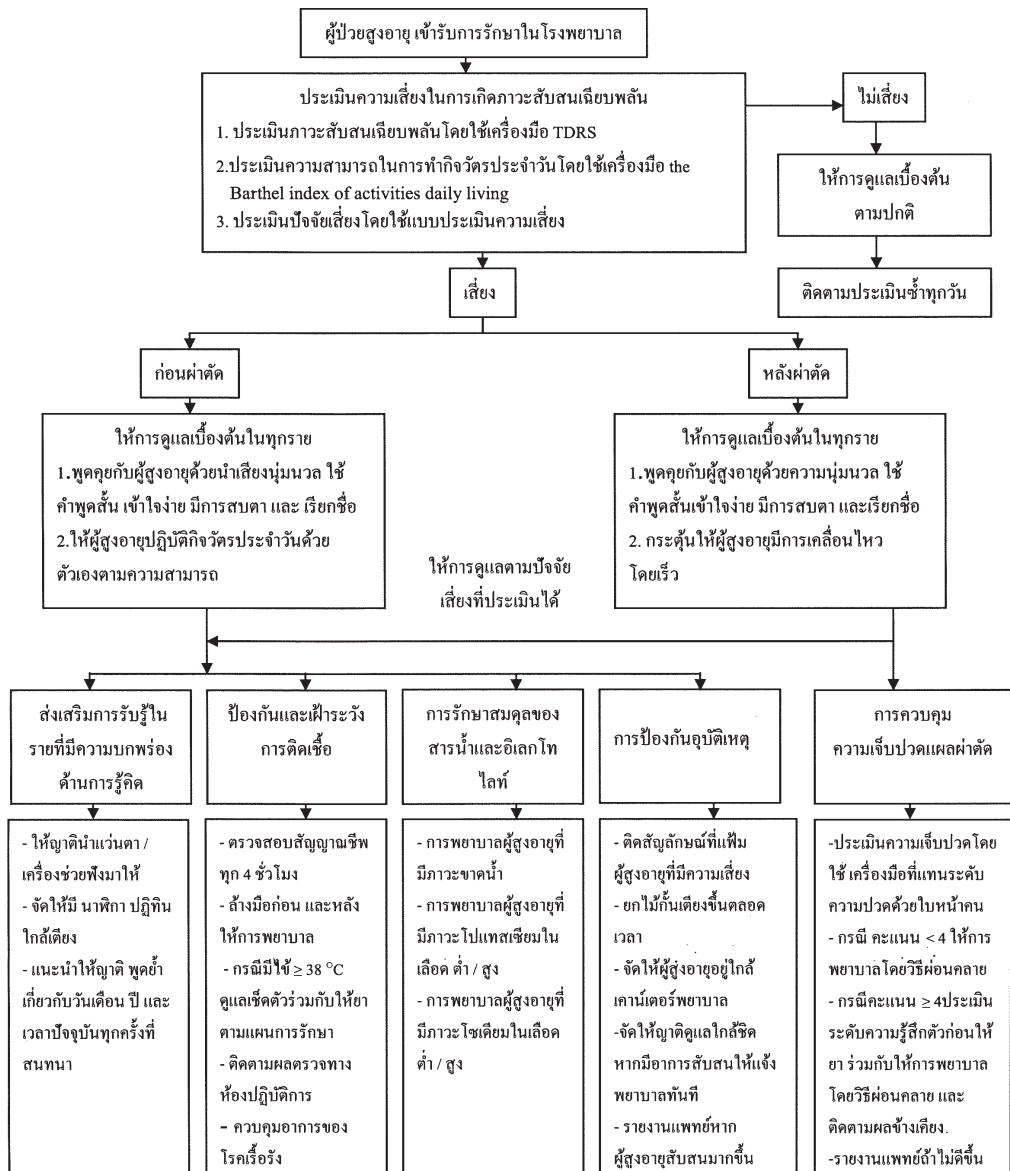
**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร**

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังการผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารทั้งหมด

2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ มากกว่าร้อยละ 85

3. พยาบาลมีความพึงพอใจ ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80



แผนภูมิที่ 2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่ได้มีการศึกษานำร่อง (pilot study) ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้สนใจจะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (try out) และประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท และสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน ก่อนนำไปใช้จริง

2. ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหน่วยงาน (CQI) และปรับให้ทันสมัยตามหลักฐานงานวิจัยที่เกิดขึ้นใหม่

3. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำ เป็นต้น

4. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปสู่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่นและสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาชีพและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรเพ็ญ ซูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: อุกาการพิมพ์; 2543.
2. สถานวิทยามะเร็งศิริราช. รายงานสถิติมะเร็งประจำปี 2548. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
3. Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, Brannstrom B, Bucht G, Gustafson Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(4): 622-8.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธพลูเจริญ และไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2542.
5. Lawrence AV, Hazuda PH, Cornell EJ, Pederson T, Bradshaw TP, Mulrow DC, et al. Functional independence after major abdominal surgery in the elderly. *J Am Coll Surg* 2004;199(5): 762-72.
6. Amador FL, Goodwin, SJ. Postoperative delirium in the older patient. *JACS* 2005; 275-83.
7. ประเสริฐ อัสสันตชัย. เมื่อผู้สูงอายุต้องได้รับการผ่าตัด. *สารศิริราช* 2546; 55(10): 607-18.
8. Marcantonio ER. Clinical management and prevention of delirium. *Psychiatry* 2005; 4(1): 68-72.
9. Ohki T, Matsushima E, Shibuya M, Sunamori M. An evaluation strategy for the early detection of postoperative delirium. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(3): 277-82.

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนจิตบพลัน
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร**

10. Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. Early detection of postoperative delirium and confusion in a surgical ward using the NEECHAM confusion scale. **Gen Hosp Psychic** 2004; 26(2): 158-63.
11. สายพิน ณ เกษมกิจวัฒนา. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล. ในการวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2550.
12. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. **Nurs Clin North Am** 2000; 35(2): 301-9.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-base practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
14. Polit F, Beck CT. **Nursing research: principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Somprakit P, Lertakyamanee J, Satraratanamai C, Wanicksamban S, Silapadech A, Chainchop P et al. Mental state change after general and regional anesthesia in adults and elderly patients, a randomized clinical trial. **J Med Assoc Thai** 2002; 85(3): S875-83.
16. Litaker D, Locala J, Franco K, Bronson L., D. & Tannous Z. Preoperative risk factors for postoperative delirium. **Gen Hosp Psychic** 2000; 23(2): 84-89.
17. McCusker J, Cole, M, Abrahamowicz, M, Ham L, Podoba, J., E. & Haddad, L. R. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. **J Am Geriatric Soc**; 49(10): 1327-34.
18. Meagher, J., D. Norton J. W, & Trzepacz, T. P. Delirium in the elderly. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.), **Principles and practice of geriatric psychiatry** (pp. 333-48). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Acute Delirium in Elderly Undergoing Gastrointestinal Surgery*

Kotchapanit Khantejit M.N.S**

Saipin Kasemkitwatana D.N.S***

Prangtip Chayaput Ph.D. (Nursing)****

Abstract: This clinical nursing practice guideline (CNPG) for preventing acute delirium in elderly after gastrointestinal surgery was established by using evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000). Strategies for developing CNPG according to this model were Evidence triggered phase, Evidence supported phase, Evidence observed phase and Evidence-based phase. This study was only conducted to phase 3 of EBP model. Evaluation of research quality, scientific merit and feasibility of research results implementation was performed. From 14 evidence based, there were 2 CNPGs, 2 randomized controlled trials, 1 quasi experimental study, 7 cohort studies, and 2 retrospective studies. The summary of findings from those evidence-based studies was used to establish CNPG including assessment of risk factors for acute postoperative delirium, nursing intervention related to risk level assessment, and control of risk factors including promoting perception among elderly patients who has cognitive impairment, prevention and monitor contagious diseases, balancing water substance and electrolyte, accidental prevention, and controlling of postoperative pain. The validation of this CNPG was verified by 3 experts, were 1 gastrointestinal surgical doctor, 1 expert nurse instructor in caring for elderly patients after gastrointestinal surgery, and 1 expert surgical nurse in caring for elderly.

The recommendations for nursing practice were mentioned. The CNPG should include a pilot study in order to evaluate the process and outcomes of this CNPG. The application into practice should be related to the organizational culture for maintaining continuous quality improvement. Evaluation for short and long terms outcomes from this CNPG implementation should be performed using outcome research.

Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(2) 26-37

Keywords: Development clinical nursing practice guideline, Acute delirium, Elderly, Gastrointestinal surgery

*Thematic Paper the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Mahidol University

**Professional Nurse, Vejthani Hospital, Bangkok

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Mahidol University