

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

Factors Related to the Knowledge about Delirium in Critically Ill Patients Among Nurses

สุพัตรา อุปนิสากร, พย.ม.¹, อรุา แสงเงิน, สส.ม.², ประสพสุข อินทรักษา, วท.ม.³, ทิพนาส ชินวงศ์, PhD⁴

¹พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

²พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวัง การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย และระดับการศึกษา กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล

แบบวิจัย การศึกษาแบบพรรณนาชนิดไปข้างหน้า

ลักษณะประชากร พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกเฉพาะเจาะจงบุคคลจำนวน 72 คน

วิธีการศึกษา เจ้าหน้าที่พยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาคจะได้รับแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะสับสน โดยแบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล หาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20

ผลการศึกษา พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (ร้อยละ 90.30 คะแนนเฉลี่ย 12.69 SD 1.94) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (ร้อยละ 80.56 คะแนนเฉลี่ย 9.34 SD 0.61) และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 87.50 คะแนนเฉลี่ย 8.56 SD 1.03) ในระดับปานกลาง อายุและระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r = .25, p < .05, r = .24, p < .05$) แต่ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($p > .05$)

สรุป ควรมีการพัฒนาความรู้ของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อจะได้ช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน และป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย

คำสำคัญ ความรู้ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 31¹ พบในระยะที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ร้อยละ 40-80¹⁻² และพบได้ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 60-85³⁻⁴ ผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีจำนวนวันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁵ อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เพิ่มขึ้น⁶ ผู้ป่วยมักมีอาการต่อเนื่องในระยะยาว ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ความจำลดลง⁷ และมีอาการกำเริบหรือเกิดซ้ำได้⁸

สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย มีหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุ ประวัติการได้รับบาดเจ็บทางสมอง การดื่มสุรา ความผิดปกติของการมองเห็น และการได้ยิน ความพิการ โรคทางจิตเวช ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความผิดปกติของกระบวนการ

เมตาบอลิซึม (metabolism cause) การได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง การถูกรบกวนวงจรการนอนหลับตามปกติ ภาวะพร่องออกซิเจน ไข้ การติดเชื้อ ระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาระงับประสาท สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ความบอยของการถูกรบกวน การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น^{1, 4, 6, 9}

การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจึงมีความสำคัญ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเจ้าหน้าที่หรือแพทย์มีความไวเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น¹⁰ ปัจจุบันมีเครื่องมือเฉพาะที่มีมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต คือ The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) เครื่องมือนี้มีความจำเพาะร้อยละ 92-100 และความไวร้อยละ 93-100^{4, 9} ในการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันแม้ว่ามีเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน แต่ที่ผ่านมายังไม่มีมีการใช้เครื่องมือ CAM-ICU อย่างเป็นระบบในหอผู้ป่วยวิกฤตของประเทศไทย

นอกจากนี้ การที่อุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตยังคงมีสูงมาก ส่วนหนึ่งเนื่องจากเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะพยาบาลขาดความรู้และความสนใจต่อผลกระทบในระยะยาวที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลัน¹¹ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันถูกสร้างให้เหมาะกับการทำวิจัยมากกว่าการใช้ทางคลินิก อีกทั้งการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้รับยาระงับประสาททำได้ยาก¹¹⁻¹² นอกจากนี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่เห็นความสำคัญของการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการป้องกันการเกิดโดยส่วนใหญ่พยาบาลประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันจากอาการรบกวน¹² หากผู้ป่วยเกิดอาการแล้ว และไม่ได้รับการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ อาจนำมาซึ่งอันตรายจนถึงแก่ชีวิต หรือเจ้าหน้าที่อาจได้รับบาดเจ็บจากผู้ป่วยที่รบกวนได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่เกิดอาการชนิดที่มีการเคลื่อนไหวลดลงจะไม่ได้รับการประเมินอาการ การวินิจฉัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยดังที่ได้กล่าวมาแล้ว³

การเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิด และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่ดี ต้องมีการให้ความรู้แก่พยาบาลและทีมเพื่อให้เห็นความสำคัญของ

ปัญหานี้¹³⁻¹⁴ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานควรประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การป้องกัน และการรักษา ซึ่งจะช่วยให้อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังการเกิดและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต¹⁵ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงานมีผลต่อการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน¹⁶ และพบว่าพยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันไม่เพียงพอ¹⁷ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงศึกษาถึงระดับความรู้ของพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อจะได้ช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน และป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความรู้ของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย ระดับการศึกษาของพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ความรู้ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย

วัสดุ และวิธีการ

1. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ความรู้ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการทำงาน ในหออภิบาลผู้ป่วย ระดับการศึกษาของพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ความรู้ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 72 คน เนื่องจากการเป็นนักศึกษาครั้งแรก และต้องการนำข้อมูลจากการศึกษามาวางแผนพัฒนาการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษาต่อไป จึงเลือกศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีทั้งหมด ยกเว้นผู้วิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่ลาศึกษาต่อ และหัวหน้าหอผู้ป่วย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยอายุ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย ผู้ป่วย ระดับการศึกษาสูงสุด และการประเมินความรู้ของตนเองเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีจำนวน 52 ข้อ ซึ่งทีมผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด ข้อละ 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

ด้านที่ 2 ความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 14 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

ด้านที่ 3 ความรู้ในการจัดการกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

แปลผลระดับความรู้ โดย 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 23 ข้อ คิดเป็น 23 คะแนน เมื่อตอบถูกระหว่าง 0-8 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับน้อย ตอบถูกระหว่าง 9-16 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่าง 17-23 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับมาก 2) ความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 14 ข้อ คิดเป็น 14 คะแนน ตอบถูกระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย ตอบถูกระหว่าง 6-10

คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่าง 11-14 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับมาก และ 3) ความรู้ในการจัดการกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 15 ข้อ คิดเป็น 15 คะแนน ตอบถูกระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย ตอบถูกระหว่าง 6-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่าง 11-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ภายหลังได้รับการพิจารณาและอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งเก็บข้อมูลแล้ว ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม/อนุญาตโดยวาจา จึงเริ่มทำการศึกษาโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

4. สถิติและการวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย ระดับการศึกษาของพยาบาล กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ความรู้ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยวิเคราะห์รายคู่และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

พยาบาลหอผู้ป่วย จำนวน 72 คน ร้อยละ 98.61 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 28 ± 4.9 ปี ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย เฉลี่ย 5.56 ± 4.84 ปี ร้อยละ 56.94 ทำงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ร้อยละ 97.22 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 72)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	71	98.61
ชาย	1	1.39
ระยะเวลาการทำงานในหอผู้ป่วย		
1-5 ปี	48	66.67
มากกว่า 5-10 ปี	11	15.28
มากกว่า 10 - 15 ปี	9	12.50
มากกว่า 15 - 20 ปี	3	4.17
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU)	31	43.10
หอผู้ป่วยศัลยกรรม (SICU)	41	56.90
ระดับการศึกษา		
ระดับปริญญาตรี	70	97.20
ระดับปริญญาโท	2	2.80

จากผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 50 ประเมินว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (ตารางที่ 2)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ของพยาบาลหอผู้ป่วย

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการตอบแบบสอบถาม 23 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 72 คน พบว่า ได้คะแนนมากที่สุด 21 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

12.85 ± 2.64 คะแนน จากการวิเคราะห์ระดับของความรู้ พบว่าร้อยละ 90.30 มีความรู้ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

2. ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการตอบแบบสอบถาม 14 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 72 คน พบว่า ได้คะแนนมากที่สุด 14 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน 9.67 ± 1.19 คะแนน จากการวิเคราะห์ระดับของความรู้พบว่า ร้อยละ 80.56 มีความรู้ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (N = 72)

ผลการประเมินตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (N = 72)		
มีความรู้	36	50.00
• มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน	32	88.89
• มีความรู้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน	10	27.78
• มีความรู้ในการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน	12	33.33
ไม่แน่ใจ	36	50.00
ไม่มีความรู้	0	0.00
แหล่งของความรู้		
1. จากการอ่านบทความ/งานวิจัย	12	33.33
2. มีแพทย์และเพื่อนร่วมงานหรืออาจารย์พยาบาลเล่าให้ฟัง	11	30.56
3. จากการเฝ้าตรวจผู้ป่วยของทีมแพทย์ภายในหอผู้ป่วย	13	36.11

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันถูกต้อง (N = 72)

จำนวนคะแนน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
0-8 คะแนน (มีความรู้ในระดับน้อย)	3	4.20	7.67	0.58
9-16 คะแนน (มีความรู้ในระดับปานกลาง)	65	90.30	12.69	1.94
17- 23 คะแนน (มีความรู้ในระดับมาก)	4	5.50	19.00	1.83
รวม	72	100.00	12.85	2.64

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันถูกต้อง (N = 72)

จำนวนคะแนน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
0-5 คะแนน (มีความรู้ในระดับน้อย)	1	1.39	5.00	0.00
6-10 คะแนน (มีความรู้ในระดับปานกลาง)	58	80.56	9.34	0.61
11-14 คะแนน (มีความรู้ในระดับมาก)	13	18.05	11.46	0.88
รวม	72	100.00	9.67	1.19

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการตอบแบบสอบถาม 15 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 72 คนพบว่า ได้คะแนนมากที่สุด 15 คะแนน ได้คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน 8.96 ± 1.5 คะแนน จากการวิเคราะห์ระดับของความรู้พบว่าร้อยละ 87.50 มีความรู้ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกีดขวาง กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยส่วน

บุคคลกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ความรู้ในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย พบว่า อายุและระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (ตารางที่ 6)

บทอภิปราย

ผลการศึกษาชี้แจงว่า พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ทั้งในด้านการประเมินอาการ และการประเมินปัจจัยเสี่ยง^{14,17}

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันถูกต้อง (N = 72)

จำนวนคะแนน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	SD
0-5 คะแนน (มีความรู้ในระดับน้อย)	0	0.00	0.00	0.00
6-10 คะแนน (มีความรู้ในระดับปานกลาง)	63	87.50	8.56	1.03
11-15 คะแนน (มีความรู้ในระดับมาก)	9	12.50	11.78	1.30
รวม	72	100.00	8.96	1.50

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันถูกต้อง (N = 72)

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	0.25	< 0.05
ระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย	0.24	< 0.05
ระดับการศึกษาสูงสุด	0.04	> 0.05

สาเหตุอาจเกิดจากการขาดความรู้และความสนใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยผลการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า พยาบาลร้อยละ 46 อบรมหรือเรียนรู้ด้วยตนเองจากนอกโรงพยาบาล และอีกร้อยละ 37 ไม่เคยได้รับการอบรมหรือเรียนรู้การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน อีกทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีความเห็นว่าการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญ ซึ่งร้อยละ 44 ให้ความสำคัญกับการประเมินระดับการรับรู้ ร้อยละ 23 ให้ความสำคัญกับการแสดงอาการปวดของผู้ป่วย อีกร้อยละ 21 ให้ความสำคัญกับการเตรียมอุปกรณ์ในการใส่เข้าร่างกายผู้ป่วย¹¹⁻¹²

การที่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตไม่เพียงพอ นั้น อาจเนื่องมาจากไม่มีนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงยังไม่มีการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างชัดเจน เจ้าหน้าที่มีความรู้ไม่เพียงพอในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ไม่มีระบบการบันทึกผลการประเมินที่ดี และแพทย์ยังไม่ได้นำผลการประเมินไปเป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินถูกสร้างให้เหมาะกับการทำวิจัยมากกว่าการใช้ทางคลินิก โดยเครื่องมือเหล่านี้มีความซับซ้อน คลุมเครือ และมีความยุ่งยากในการนำมาใช้ อีกทั้งในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้รับยาระงับประสาท ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันได้ยาก ซึ่งการที่พยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอ นั้นอาจมีผลทำให้การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอาการต่ำกว่าความเป็นจริง¹⁶

นอกจากนี้ พบว่าอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม และระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.25, p < 0.05, r = 0.24, p < 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ต่างกันไม่มีความแตกต่างกันในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน¹¹ อาจเนื่องมาจากในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยนาน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 28 ± 4.9 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย (เฉลี่ย 5.56 ± 4.84 ปี) อีกทั้งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดระดับมหาวิทยาลัย มีการเรียนการสอนทั้งเป็นกลุ่มและการสอนขณะเยี่ยมตรวจของทีมแพทย์ เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.11 ได้รับความรู้จากการเยี่ยมชมตรวจภายในหอผู้ป่วย

สำหรับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43, p < 0.001$) และความรู้ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.35, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น ต้องประกอบไปด้วยความรู้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยง ความรู้ในการเฝ้าระวัง และความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tabet และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

แม้ว่าอายุและระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันไม่เพียงพอ¹⁷ ซึ่งการควบคุมและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน⁹

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตในระดับปานกลาง อายุและระยะเวลาการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ระดับการศึกษาของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในพยาบาลที่มีอายุการทำงานประมาณ 3-5 ปี ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นพยาบาลกลุ่มที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง สำหรับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่ดีนั้นจะต้องมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับการประยุกต์ใช้เครื่องมือเฉพาะที่มีมาตรฐานและไม่ยุ่งยากจนเกินไป

เพื่อใช้ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาภาวะนี้ให้ได้
อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะสับสน
เฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลใน
หออภิบาลผู้ป่วย และช่วยให้ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย
เหล่านี้ให้ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณ ผศ.นพ.รังสรรค์
ภุชยานนทชัย ที่ให้คำแนะนำในการเขียนบทความ และ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการ
สนับสนุนทุนในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. McNicoll L, Pisani M, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the Intensive Care Unit: Occurrence and Clinical Course in Older Patients. J Am Geriatr Soc 2003, 51(5):591-98.
2. Krahne D, Heymann A, Spies C. How to monitor delirium in the ICU and why it is important?. Clin Effect Nurs 2006, 9(3): e269-79.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. JAMA 2004, 291(14):1753-62.
4. Mistraletti G, Carloni E, Cigada M, et al. Sleep and delirium in the Intensive Care Unit. Minerva Anesthesiol 2008, 74(6): 329-33.
5. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. Crit Care Med 2004, 32(4):955-62.
6. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. J Intensive Care Med 2007, 33(1):66-73.
7. Jones C, Griffiths RD, Slater T, Benjamin KS, Wilson S. Significant cognitive dysfunction in non-delirious patients identified during and persisting following critical illness. J Intensive Care Med 2006, 32(6):923-26.
8. Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK, et al. Persistent delirium predicts greater mortality. J Am Geriatr Soc 2009, 57(1): 55-61.
9. Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett L M, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. A comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in intensive care delirium assessment: an observation study in non-intubated patients. Crit Care 2008 [cited 2009 Dec 3];12(1): R16. Available from: <http://ccforum.com/content>
10. Van Eijk MM, Van Marum RJ, Klijn IA, De Wit N, Kesecioglu J, Slooter AJ. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Crit Care Med 2009, 37(6):1881-5./12/1/R16
11. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, et al. Assessment of delirium in the Intensive Care Unit: nursing practices and perceptions. Am J Crit Care 2008, 17(6):555-65.
12. Devlin JW, Fong JJ, Fraser GL, Riker RR. Delirium assessment in the critically ill. J Intensive Care Med 2007, 33(6): 929-40.
13. Pretto M, Spirig R, Milisen K, Degeest S, Regazzoni P, Hasemann W. Effects of an interdisciplinary nurse-led Delirium Prevention and Management Program (DPMP) on nursing workload: a pilot study. Int J Nurs Stud 2009, 46(6):804-12.
14. Tabet N, Hudson S, Sweeney V, et al. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. Age ageing 2005, 34(2):152-6.
15. 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):622-28.
16. Voyer P, Richard S, Doucet L, Danjou C, Carmichael PH. Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. BMC Nursing 2008 [cited 2010 Apr 10]; 7(4):1-14. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/4>
17. Hare M, Wynaden D, McGowan S, Landsborough I, Speed G. A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. Contem Nurse 2008, 29(1):23-31. 3