



Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Delirium Prevention and Management in Critically Ill Patients*

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤต*

พรสุดา	งามแสง**	Phonsuda	Ngamsaeng**
มยุลี	สำราญญาติ***	Mayulee	Somrarnyart***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****	Chiraporn	Techaudomdach****
กวีศักดิ์	จิตตวัฒนรัตน์*****	Kaweesak	Chittawatanarat*****

Abstract

Delirium, a common condition in critically ill patients, is the cause of more serious illness and delayed recovery of patients. Therefore, this symptom should be prevented and managed properly. The purpose of this implementation research was to determine the effectiveness of clinical practice guidelines (CPGs) for prevention and management of delirium in critically ill patients. The participants were critically ill patients who were admitted to the surgical intensive care unit and medical intensive care unit. The two groups of patients included: 1) 46 critically ill patients who were admitted to the intensive care unit (ICU) before implementation of CPGs, and 2) 43 critically ill patients who were admitted to the ICU during implementation of CPGs. The study framework was based on the CPG implementation and the strategy utilization of clinical practice guidelines of the Australian National Health and Medical Research Council. The study was conducted from December 2021 to April 2022. The data collection instruments were composed of 1) The Process Outcome Evaluation Form and 2) The Patient Outcome Evaluation Record Form. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The percentage of patients receiving all aspects of preventive care for delirium and patients receiving appropriate and accurate management when experiencing delirium in the CPG implementation group was more than the group before CPG implementation, in terms of: 1) appropriate assessment of the risk factors for acute delirium for the first time within 24 hours of being admitted to the ICU and continued daily assessment (100%), whereas the group before CPG implementation was not assessed at all; 2) appropriate assessment of delirium for the first time within 24 hours of being admitted to the ICU (100%) and receiving continuous assessment at least once per shift (98.37%), whereas the group before CPG implementation was not assessed at all; 3) reorientation (100% and 34.44%); 4) promoting vision and hearing problems in people with disabilities (91.67% and 66.67%); 5) managing sedation (100%), whereas for the group before CPG implementation, this was not implemented at all; 6) early mobilization (97.13% and 43.42%); and 7) early weaning from mechanical ventilation (77.59% and 64.84%).

2. The percentage of patients receiving appropriate and accurate management when experiencing delirium in the CPG implementation group was more than the group before CPG implementation. In particular, the delirium' patients were received correctly and physically restrained in an appropriate manner (74.19% and 47.54%).

3. The incidence rate of delirium in the CPG implementation group was less than that of the group before CPG implementation (18.60% and 23.91%), and the incidence rate of adverse events from delirium in the CPG implementation group was also less than that of the group before CPG implementation (37.50% and 81.82%).

The findings of this study confirm that implementing CPGs for delirium prevention and management in critically ill patients yields positive patients' outcomes by decreasing the incidence rate of delirium and adverse events. Therefore, the outcomes of CPGs implementation should be proposed to hospital administrative committees for continued use of these CPGs and for further expansion into other intensive care units.

Keywords: Delirium; Delirium management; Delirium prevention; Clinical practice guidelines; Critically ill patients

*Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: phonsuda.ngam@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***** Professor, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Received 24 April 2023; Revised 24 July 2023; Accepted 25 July 2023



บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น และการฟื้นหายช้าลง ดังนั้นควรได้รับการป้องกันและการจัดการอย่างเหมาะสม การวิจัยดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 46 ราย และ 2) กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 43 ราย ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เมษายน พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านกระบวนการ และ 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีร้อยละของการได้รับการดูแลป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ในเรื่อง 1) การได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกวัน (ร้อยละ 100) ในขณะที่กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติไม่ได้รับการประเมินเลย 2) การได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 100) และได้รับการประเมินต่อเนื่องอย่างน้อยแะละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 98.37) ในขณะที่กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติไม่ได้รับการประเมินเลย 3) การส่งเสริมการรับรู้โดยญาติถึงความจำเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 100 และ 34.44) 4) การแก้ไขปัญหาการมองเห็นและการได้ยินในผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง (ร้อยละ 91.67 และ 66.67) 5) การดูแลจัดการสงบประสาท (ร้อยละ 100) ในขณะที่กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติไม่ได้รับการปฏิบัติเลย 6) การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (ร้อยละ 97.13 และ 43.42) และ 7) การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว (ร้อยละ 77.59 และ 64.84)

2. กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีจำนวนครั้งของการได้รับการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม (ร้อยละ 74.19 และ ร้อยละ 47.54)

3. กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน น้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 18.60 และ 23.91) และมีอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 37.50 และ 81.82)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนได้ ดังนั้นควรนำเสนอผลการศึกษานี้ต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และขยายการศึกษาในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน
แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ป่วยวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: phonsuda.ngam@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

***** ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 25 กรกฎาคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอย่างเฉียบพลัน มีความบกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ อาการผันผวนไม่คงที่ในช่วงวัน ผู้ป่วยมักจะขาดความตั้งใจและการสนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคลผิดปกติ ความจำบกพร่อง ความคิดไม่เป็นระบบ การทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้มีการเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ การนอนหลับผิดปกติ ส่วนมากเกิดขึ้นในช่วง 1-2 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีระยะเวลาในการเกิดอาการนาน 1-4 วัน เฉลี่ย 2 วัน (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012) เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตขึ้น จากอาการและอาการแสดงที่ไม่แน่นอน ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะให้การป้องกัน ติดตาม จัดการได้อย่างทันทั่วถึง แต่สิ่งจำเป็นที่สุดในการดูแล คือ บุคลากรสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องให้ความสนใจในการประเมิน ติดตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย เพื่อให้การป้องกันในปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง มีความซับซ้อนเกี่ยวกับปัจจัยหลายอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยงเดิม ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุ เพศชาย โรคประจำตัว (ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคปอด) และความบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นอยู่เดิม (ได้แก่ โรคซึมเศร้า มีประวัติเคยสับสนเฉียบพลันมาก่อน) รวมถึงผู้ที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (Kanova et al., 2017) และ 2) ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การตอบสนองต่อการอักเสบหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สัญญาณชีพที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Kanova et al., 2017) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ ภาวะช็อค (Lumyong & Jitpanya, 2012) ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ได้แก่ โพแทสเซียม (potassium) โซเดียม (sodium) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ (Needham et al., 2017) การได้รับยา ได้แก่ ยาสงบประสาทบางชนิด ยากระตุ้นความดันโลหิต ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) (Kanova et al., 2017) การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากสิ่งแวดล้อมที่รบกวน การนอนหลับ การถูกจำกัดกิจกรรมหรือจำกัดการเคลื่อนไหว รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ความเจ็บปวด ความกลัว ความเครียด วิดกกังวล ซึ่งบ่อยครั้งที่พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากทั้ง 2 ปัจจัยร่วมกัน (Zaal et al., 2015) ดังนั้น หากมีการป้องกันและการจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และลดผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมา

ผลกระทบจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตมักนำมาซึ่งการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น อาจถึงขั้นเสียชีวิต การฟื้นฟูช้าลง รวมถึงเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การดึงท่อช่วยหายใจ การดึงท่อระบายและสายต่าง ๆ และการพลัดตกจากเตียง (Zaubler et al., 2013) การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น นอกจากนี้ ยังส่งผลในระยะยาวทำให้เกิดความบกพร่องด้านสติปัญญา การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน และการรับรู้ทางประสาทสัมผัส (Van den Boogaard et al., 2012) จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตวิตกกังวล การดูแลยุ่งยากมากขึ้น โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง กระสับกระส่ายรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ดูแลได้ (Salluh et al., 2015) ส่วนญาติเมื่อพบเห็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากภาวะสับสนเฉียบพลันมักตกใจ เป็นกังวล กลัวการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยังเป็นภาระอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพ อาจต้องเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรในการดูแลมากขึ้น (Salluh et al., 2015) ต้องใช้จ่ายเงินในการดูแลทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Zaubler et al., 2013) ซึ่งปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตนี้ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลกพบ ร้อยละ 9-81 (Kanova et al., 2017) สำหรับในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 20-80 (Lumyong & Jitpanya, 2012; Upanisakorn et al.,



2011) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงและเกิดขึ้นต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลันตามมาหลายประการ เช่น การดึงท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 28 การดึงท่อระบายและสายยางต่าง ๆ ร้อยละ 51 (Van den Boogaard et al., 2012) และการพลัดตกจากเตียง ร้อยละ 40 (Zaubler et al., 2013) เป็นต้น ความแตกต่างของอุบัติการณ์ในแต่ละโรงพยาบาล อาจเกิดจากความหลากหลายในการประเมินด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกัน การปฏิบัติในการป้องกันและจัดการของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่แตกต่างกัน อีกทั้ง โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน การปฏิบัติของบุคลากรเป็นไปตามความสนใจ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ดีพอ (Upanisakorn et al., 2011) จากปัญหาการปฏิบัติที่มีในปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบูรณาการความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่ดี และเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงต้องมีการรวบรวมให้เป็นหมวดหมู่ โดยทำเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines: CPGs) และนำไปใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ (Pereira et al., 2022) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบทวนต้องเป็นการศึกษาใหม่ ๆ มีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลในปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีในปัจจุบันพบว่า มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตอเมริกา (Devlin et al., 2018) ซึ่งครอบคลุมการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด และมีการปรับปรุงจากฉบับเดิม เมื่อปี ค.ศ. 2013 (Barr et al., 2013) โดยแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงใหม่นี้มีการแปลเป็นภาษาอื่น ๆ รวมทั้งภาษาไทย และนำไปใช้ในหลายประเทศ แต่ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับเดิม (Barr et al., 2013) ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและวิกฤตศัลยกรรมของ มัสนูรี และคณะ (Mansouri et al., 2013) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง และอัตราการตายลดลง ในทำนองเดียวกัน จากการศึกษาของ เดล และคณะ (Dale et al., 2014) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง และระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลง เห็นได้ว่าการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ โดยผลลัพธ์เหล่านี้เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติซึ่งมีการจัดการหลายอาการร่วมกัน ได้แก่ การจัดการความปวด อาการกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลัน (Barr et al., 2013) ซึ่งไม่ใช่เฉพาะผลลัพธ์จากการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงอย่างเดียว

บุคลากรสุขภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง ได้ตระหนักถึงปัญหาการปฏิบัติจากการที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เข้าได้กับภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะดังกล่าว และในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่ชัดเจน การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลโดยส่วนใหญ่มีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การดูแลรักษามุ่งเน้นไปที่การใช้ยาสงบประสาทเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งมีการผูกมัดผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุโดยขาดการประเมินที่เหมาะสมก่อนผูกมัด ด้วยความหลากหลายของการปฏิบัตินี้ ทำให้การแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตยังไม่ดีพอ บุคลากรทุกคนจึงมีความเห็นชอบร่วมกันที่จะหาวิธีการแก้ไขเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยได้มีมติเห็นชอบในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในส่วนของ การป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตอเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มยุลี สำราญญาติ และ กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ พ.ศ. 2564 มาใช้ (Society of Critical Care Medicine [SCCM], 2021)



การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างถูกต้องและเหมาะสม และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ท่อระบายและสายยางต่าง ๆ เลื่อน/หลุด และการลื่นไถลหรือพลัดตกจากเตียง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน ประกอบด้วย

1. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม ในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติมากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ
2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตอเมริกา (Devlin et al., 2018) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มยุลี สำราญญาติ และ กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ พ.ศ. 2564 มาใช้ (SCCM, 2021) โดยอิงตามกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินผลลัพธ์ 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ท่อระบายและสายยางต่าง ๆ เลื่อน/หลุด และการลื่นไถลหรือพลัดตกจากเตียง ผู้วิจัยกำกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้กลยุทธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามข้อเสนอแนะของสมาชิกรายการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การขอความสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน 2) การจัดประชุม



และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การจัดทำสื่อการเรียนรู้ 4) การกำกับติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ 5) การมีระบบย้ำเตือนความจำและการร่วมในการตัดสินใจ และ 6) การสร้างแรงจูงใจและการลงโทษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (implementational research) ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 46 ราย และ 2) กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 43 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ และ 3) ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างลักษณะดังต่อไปนี้ ได้ถูกคัดออกจากการวิจัย 1) มีประวัติโรคทางจิตประสาท ได้แก่ สมองเสื่อม (dementia) ความจำเสื่อม (Alzheimer's disease) หรือมีประวัติสับสนมาก่อน 2) กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีอาการป่วยรุนแรงขึ้นจนมีภาวะไม่รู้สึกตัว หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตอเมริกา (Devlin et al., 2018) แปลเป็นภาษาไทยโดย มยุลี สำราญญาติ และ กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์ พ.ศ. 2564 (SCCM, 2021) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 4 หมวด ดังนี้ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 4) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล จำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) คู่มือการใช้แบบทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต 2) คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (Confusion Assessment Method for the ICU: CAM-ICU) 3) คู่มือการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต 4) คู่มือการผูกมัดร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต 5) คู่มือการสงบประสาทในผู้ป่วยวิกฤต และ 6) คู่มือส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

แนวปฏิบัติได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการแปล โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 1 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงาน 4 ท่าน (ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 2 ท่าน) ด้วยเครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II: AGREE II) (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ฉบับภาษาไทยพบว่า ผู้ประเมินให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพดี มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีคะแนนด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ความเข้มงวดของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความชัดเจนในการนำเสนอ การนำไปใช้



และความเป็นอิสระของทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 85 ขึ้นไป ทั้ง 6 หมวด และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 6 ราย ก่อนตีพิมพ์เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ และทำการเผยแพร่

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการทดสอบหาความเชื่อมั่นของผู้วิจัยในการใช้เครื่องมือ โดยนำไปรวบรวมผลลัพธ์จากแบบบันทึกการปฏิบัติสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 10 ครั้ง และหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (inter-rater reliability) จนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยประเมินด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพเรื้อรังและภาวะเฉียบพลันทางสรีรวิทยา (acute physiology and chronic health evaluation II: APACHE II) การได้รับการผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลร่วมกับรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านกระบวนการ เป็นการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม ประกอบด้วย 1) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 4) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่บันทึกไว้โดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

2.3 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) แล้วได้ผลเป็นบวกอย่างน้อย 3 ข้อ ในจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ และ 2) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ท่อระบายและสายยางต่าง ๆ เลื่อน/หลุด และการลื่นไถลหรือพลัดตกจากเตียง โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่บันทึกไว้โดยพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่การรับรองโครงการวิจัย 2563-FULL020 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย เลขที่การรับรองโครงการวิจัย 026/2564 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน ร่วมกันกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และฝึกทักษะการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการปฏิบัติสำหรับการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จนบุคลากรพยาบาลทุกคนสามารถลงบันทึกการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องครบถ้วน จากนั้น ดำเนินการ



รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 46 ราย

2. ระยะมีการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของทีมผู้ปฏิบัติในหน่วยงานในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีกิจกรรมดังนี้

1) จัดตั้งทีมคณะทำงานหรือผู้ป่วยละ 3 ท่าน (แพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน) กำหนดบทบาทหน้าที่ให้เป็นทีมที่ปรึกษาและคอยช่วยเหลือสนับสนุนในการดำเนินงาน

2) จัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติพร้อมคู่มือประกอบการใช้ มอบให้แก่หน่วยงานและผู้ปฏิบัติทุกคน จัดเตรียมเครื่องมือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) โดยจัดพิมพ์เคลือบด้วยพลาสติกแข็งและติดไว้ในแฟ้มบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยทุกแฟ้ม และจัดเตรียมแบบบันทึกข้อมูลการปฏิบัติแนบไว้กับเอกสารชุดรับใหม่ผู้ป่วย จัดเตรียมโปรแกรมออนไลน์ฟรี-ดีลิริก โมเดล (PRE-DELIRIC model) สำหรับประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงในอุปกรณ์ไอแพด (iPad) และคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน และจัดทำป้ายให้ความรู้ขนาดใหญ่แสดง “แผนผังการปฏิบัติในการดูแลเพื่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต” ติดไว้บริเวณหลังเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นได้สะดวกและสามารถทบทวนได้

3) จัดประชุมร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติทุกคน นำเสนอสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ สอนและสาธิตการใช้แนวปฏิบัติ มีการฝึกใช้แบบประเมินฟรี-ดีลิริก โมเดล ใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) เป็นรายบุคคล โดยประเมินผู้ป่วยคนละ 5 ราย ในช่วงเวลาเดียวกันและมีความเป็นอิสระต่อกัน จากนั้นจะนำผลการประเมินที่ได้มาอภิปรายร่วมกัน และดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 6 ราย เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 15 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จนมีการทดลองใช้ครบทุกข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ โดยบุคลากรในหน่วยงานทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และทำการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทดลอง จำนวน 46 คน (แพทย์ 15 คน พยาบาล 25 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 6 คน) พบว่า แนวปฏิบัติมีความง่ายไม่ซับซ้อน มีความสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ และมีความเห็นว่ามีแนวโน้มเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ปฏิบัติจริง

ขั้นที่ 2 ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยจะเริ่มประกาศใช้แนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 ระหว่างนี้ผู้วิจัยได้กำกับร่วมกับทีมคณะทำงาน โดยใช้กลยุทธ์การนำแนวปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติ (NHMRC, 2000) ประกอบด้วย

1) จัดประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติ จัดนิเทศข้างเตียงในสัปดาห์ที่ 1 หลังประกาศใช้แนวปฏิบัติ เพื่อติดตามให้ความรู้ และทบทวนความเข้าใจในการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ทั้ง 4 หมวด ประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน 2) การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยกิจกรรมแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การกระตุ้นและการส่งเสริมการรับรู้ การดูแลความสบายและการพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว และ 4) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน



2) มีการกำกับติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมคณะทำงานติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงการรับ-ส่งเวรตึกต่อเวรเช้า สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และทำการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติ โดยเข้าตรวจเยี่ยมและสังเกตการณ์ จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ของการใช้แนวปฏิบัติ

3) มีระบบย้าเตือนความจำและการร่วมในการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยและทีมผู้ปฏิบัติหรือร่วมกัน และกำหนดหน้าที่รับผิดชอบให้พยาบาลหัวหน้าทีมในแต่ละเวรช่วยย้าเตือนสมาชิกในเวรให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดทำสติ๊กเกอร์ข้อความ “เฝ้าระวัง Delirium” และ “ติดตาม Delirium” ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย และจัดทำป้ายให้ความรู้ขนาดใหญ่แสดง “แผนผังการปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต” ติดไว้บริเวณหลังเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นได้สะดวก และสามารถทบทวนได้โดยง่าย

4) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยกล่าวชมเชยเมื่อผู้ปฏิบัติสามารถทำตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน มีการมอบรางวัลเป็นกระเป๋าคาดอกให้กับผู้ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งที่สุดในทุก ๆ สัปดาห์ เพื่อจูงใจให้เกิดการปฏิบัติที่เพิ่มมากขึ้น

ขั้นที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในระหว่างดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกวัน การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเผลวละ 1 ครั้ง การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน และการจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ท่อระบายและสายยางต่าง ๆ เลื่อน/หลุด และการลื่นไถลหรือพลัดตกจากเตียง ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 46 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาจัดกลุ่มข้อมูล แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์กระบวนการ ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน การป้องกัน และการจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม และนำมาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม โดยนำเสนอในรูปแบบของกราฟแท่ง
3. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์อัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยคำนวณร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และนำมาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม โดยนำเสนอในรูปแบบของกราฟแท่ง
4. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีท่อช่วยหายใจเลื่อน/หลุด ท่อระบายและสายยางต่าง ๆ เลื่อน/หลุด และการลื่นไถลหรือพลัดตกจากเตียง และนำมาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม โดยนำเสนอในรูปแบบของกราฟแท่ง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 89 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 46 ราย และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 43 ราย รายละเอียด ดังตารางที่ 1



Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Delirium Prevention and Management in Critically Ill Patients

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการ
ภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n = 46)		กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ (n = 43)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	41.30	24	55.81
หญิง	27	58.70	19	44.19
อายุ				
18-35 ปี	1	2.18	1	2.32
36-60 ปี	26	56.52	12	27.91
มากกว่า 60 ปี	19	41.30	30	69.77
(Min-Max, Mean, SD)	(26-76, 58.30, 9.85)		(28-87, 63.84, 13.55)	
การวินิจฉัยโรค				
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6	13.04	4	9.30
โรคทางเดินหายใจ	12	26.09	11	25.58
โรคไตและทางเดินปัสสาวะ	5	10.89	4	9.30
โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม	1	2.17	4	9.30
โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	3	6.52	4	9.30
โรคทางเดินอาหาร	11	23.91	3	6.98
โรคหู คอ จมูก	1	2.17	2	4.65
โรคกระดูก ข้อ และผิวหนัง	1	2.17	3	6.98
โรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี	6	13.04	8	18.61
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต				
ภาวะหายใจล้มเหลว	19	41.30	18	41.86
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	8	17.40	13	30.23
ภาวะหัวใจล้มเหลว	3	6.52	1	2.33
ภาวะช็อคจากการขาดสารน้ำ	2	4.35	2	4.65
อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ	14	30.43	9	20.93
คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย (APACHE II)				
คะแนน 10-14	0	0	6	13.96
คะแนน 15-19	20	43.48	9	20.93
คะแนน 20-24	22	47.82	24	55.81
คะแนน 25-29	4	8.70	4	9.30
ได้รับการผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึก				
มี	23	50.00	18	41.86
ไม่มี	23	50.00	25	58.14



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

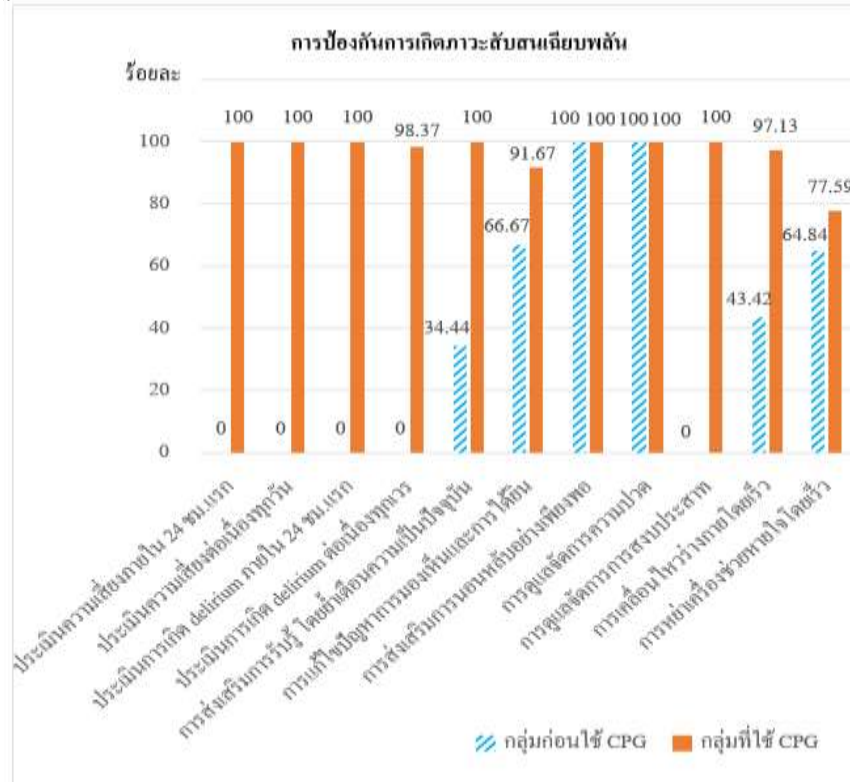
ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n = 46)		กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ (n = 43)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่				
สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน	7	15.22	4	9.30
ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่นานกว่า 1 เดือน	39	84.78	39	90.70
การดื่มสุรา				
ดื่มเป็นประจำทุกวัน	8	17.39	10	23.26
ไม่ดื่มสุราหรือเลิกสุรานานกว่า 1 เดือน	38	82.61	33	76.74
การใช้เครื่องช่วยหายใจ				
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	46	100	38	88.37
ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	0	0	5	11.63

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

ข้อมูลผลลัพธ์ด้านกระบวนการ การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม ในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ในเรื่อง 1) การได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องทุกวัน 2) การได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการประเมินต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 3) การส่งเสริมการรับรู้ โดยย้ำเตือนความเป็นปัจจุบัน 4) การแก้ไขปัญหาการมองเห็นและการได้ยินในผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง 5) การดูแลจัดการสงบประสาท 6) การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และ 7) การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว (ดังแผนภาพที่ 1)

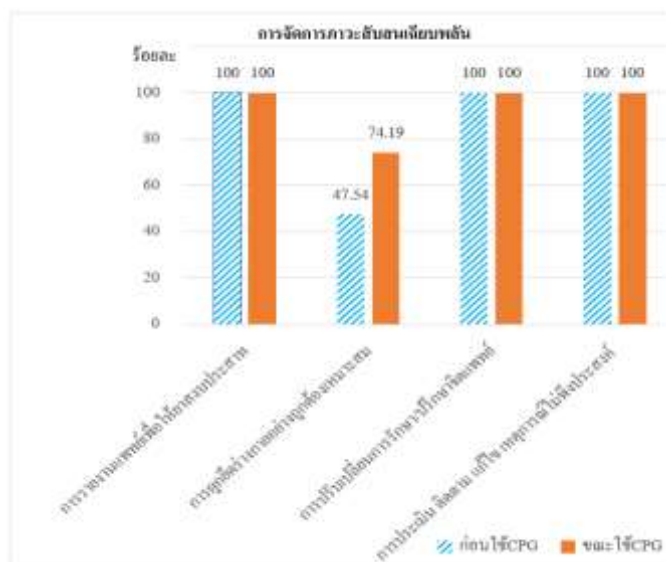


แผนภาพที่ 1 กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของเหตุการณ์การได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องเหมาะสม ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ



ข้อมูลผลลัพธ์ด้านการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม ร้อยละ 100 เท่ากัน แต่สำหรับการได้รับการดูแลผู้ยี่ดร่างกาย พบว่ากลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของเหตุการณ์การได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเหมาะสม ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ



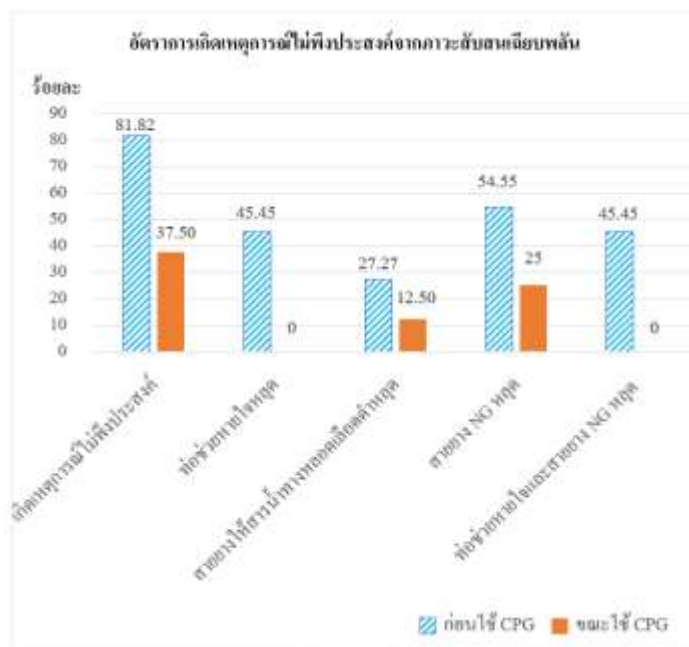


ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน น้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 3) และมีอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 4)

แผนภาพที่ 3 กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ



แผนภาพที่ 4 กราฟแท่งแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ



การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้ สามารถยืนยันการเกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการใช้แนวปฏิบัติ ใน 2 ประเด็น คือ 1) การใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และ 2) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้



การใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ประสิทธิผลที่ดีจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ หลายกลยุทธ์ร่วมกัน ในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติอย่างจริงจังและปฏิบัติต่อเนื่อง ตามแนวทางของสมาพันธ์การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ดังนี้

1. กลยุทธ์การขอความสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน (the used of local opinion leader) ผู้นำในหน่วยงานที่ผู้วิจัยเชิญเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นบุคคลสำคัญที่ผลักดันการศึกษาค้นคว้านี้ประสบความสำเร็จ คอยกระตุ้นและเชิญชวนให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสอบถามติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และสามารถช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอร์แดน และคณะ (Jordan et al., 2019) ที่พบว่า ผู้นำในหน่วยงานมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ให้ประสบความสำเร็จ โดยผู้นำที่มีประสบการณ์และความรู้จะสามารถช่วยจัดการปัญหาและอุปสรรคระหว่างการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงานได้อย่างยั่งยืน

2. กลยุทธ์การจัดประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (interactive educational meetings) การประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ทั้งแบบกลุ่มใหญ่ กลุ่มย่อย และติดตามรายบุคคล เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ เป็นกลยุทธ์ที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้ผู้ปฏิบัติรับทราบข้อมูล มีความรู้และเข้าใจมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทาฮิร และคณะ (Tahir et al., 2022) ในการศึกษาประเมินแนวทางการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในประเทศอังกฤษ พบว่า การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ และมองเห็นถึงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงาน

3. กลยุทธ์การจัดทำสื่อการเรียนรู้ (educational materials) ผู้วิจัยได้จัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติ มอบให้หน่วยงานและบุคลากรในทีมผู้ปฏิบัติทุกคน จัดทำป้ายให้ความรู้ขนาดใหญ่ ทำให้บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ สามารถทบทวนความรู้ได้ตามความสะดวก นอกจากนี้ การจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือประเมินต่าง ๆ ที่จำเป็นให้พร้อมใช้ ช่วยให้ผู้บุคลากรในหน่วยงานหยิบใช้ได้ง่ายขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระในการปฏิบัติ เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติ และให้ร่วมมือในการปฏิบัติอย่างพร้อมเพรียงกัน ซึ่งกลยุทธ์นี้ได้ผลดีเช่นเดียวกับการศึกษาของ ลากาฮานาคอม (Laohatanakom, 2014) ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง

4. กลยุทธ์การกำกับติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยและทีมคณะทำงานได้ดำเนินการตลอดระยะเวลาของการใช้แนวปฏิบัติ เข้าติดตามการปฏิบัติ สอบถามปัญหาและร่วมกันแก้ไข ทำให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดีในทีม นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไอเวอร์ส และคณะ (Ivers et al., 2012) ที่พบว่า การกำกับติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับช่วยให้มีการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น เป็นกลยุทธ์ที่สามารถใช้ได้จริง ประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่เป็นอันตราย

5. กลยุทธ์การมีระบบย้ำเตือนความจำและการร่วมในการตัดสินใจ (decision-support systems and other reminders) การกำหนดให้พยาบาลหัวหน้าทีมในแต่ละเวร ช่วยย้ำเตือนสมาชิกในเวรให้มีการปฏิบัติตามการจัดทำสติ๊กเกอร์ข้อความย้ำเตือนในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย และจัดทำป้ายให้ความรู้ขนาดใหญ่ติดไว้บริเวณหลังเคาน์เตอร์พยาบาล ช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถมองเห็นได้ง่าย และใส่ใจในการปฏิบัติมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับ



การศึกษาในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่ก่อนผ่าตัดในผู้สูงอายุ ของ โดโนแวน และคณะ (Donovan et al., 2020) ที่พบว่า การย้ำเตือนการปฏิบัติ โดยการจัดทำป้ายให้ความรู้ย้ำเตือนการปฏิบัติขนาดใหญ่แขวนไว้ในพื้นที่ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน การทำบัตรเตือนให้ปฏิบัติติดในอุปกรณ์ที่ผู้ปฏิบัติใช้งานบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติมากขึ้น อีกทั้ง การตกลงร่วมกันในทีมให้มีระบบย้ำเตือนต่อหน้าเมื่อพบการละเลยการปฏิบัติ ช่วยให้มีการปฏิบัติได้ทันที และทำให้เกิดการกระตุ้นการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

6. กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจและการลงโทษ (incentives and penalties) การกล่าวชมเชยต่อหน้า การมอบของรางวัลเป็นกระเป๋าคอมพิวเตอร์ให้กับผู้ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งที่สุดในทุก ๆ สัปดาห์ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีกำลังใจและเกิดจูงใจในการปฏิบัติมากขึ้น ผู้ปฏิบัติมีการกระตุ้นกันเองในทีม เพื่อแข่งขันในการรับรางวัล ทำให้เกิดการปฏิบัติที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไจล์ส และคณะ (Giles et al., 2015) ที่พบว่ากลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจเชิงบวก ทั้งการมอบเป็นค่าตอบแทน สิ่งของ หรือการกล่าวชมเชยนั้น ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติไปในทางที่ดีมากกว่าการลงโทษในเชิงลบ

การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติในช่วงแรก พบปัญหาการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติได้ครบทุกครั้ง เนื่องจากไม่คุ้นชินกับการใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยง และเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน อีกทั้ง ภาระงานที่มากในบางเวรทำให้พลาดการดูแลในบางกิจกรรม ผู้วิจัยแก้ไขปัญหานี้ด้วยการใช้กลยุทธ์จัดประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และช่วยฝึกทักษะเป็นรายบุคคล ช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดความคุ้นชินมากขึ้น และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ส่งต่อประเด็นปัญหาให้ทีมคณะทำงานกำกับติดตามต่อ โดยมีการทบทวนปัญหาและร่วมกันหาทางแก้ไขกับทีมผู้ปฏิบัติในช่วงการรับส่ง-เวร รวมถึงมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการสร้างระบบย้ำเตือนการปฏิบัติ โดยมอบหมายให้พยาบาลหัวหน้าทีมในแต่ละเวรคอยช่วยกำกับติดตามการปฏิบัติของสมาชิก จนมีการปฏิบัติที่ต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเอื้อที่สำคัญที่ทำให้การศึกษานี้ประสบความสำเร็จ คือ การที่หน่วยงานมีบรรยากาศของการเรียนรู้ เมื่อผู้ปฏิบัติได้ร่วมในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาอย่างเต็มที่ จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ อีกทั้ง การที่ผู้นำของหน่วยงานมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้การใช้แนวปฏิบัติได้รับความสนใจ ช่วยกำกับติดตามและกระตุ้นให้ทีมมีการปฏิบัติที่ครอบคลุม เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นกิจวัตรมากขึ้น

ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และได้รับการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 2) และมีอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 4) ผู้วิจัยอภิปรายประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ใน 2 ประเด็น คือ 1) อภิปรายผลลัพธ์เชิงกระบวนการ การที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) อภิปรายตามกรอบแนวคิด “FAME” ของ สถาบันโจนแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรทีมให้การยอมรับแนวปฏิบัติ และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจากเดิมเป็นการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลในการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้



1. **หมวดกิจกรรมการประเมินปัจจัยเสี่ยงและภาวะสับสนเฉียบพลัน** การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่เนิ่น ๆ ทำให้สามารถทำนายโอกาสในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และวางแผนการป้องกันตามแนวทางที่เหมาะสมได้ (Van den Boogaard et al., 2012) อีกทั้งการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ (Barr et al., 2013) นำไปสู่การวางแผนดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งกิจกรรมในหมวดนี้ไม่เคยมีการปฏิบัติมาก่อนในหน่วยงาน และเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ร้อยละ 100 ในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ

2. **หมวดกิจกรรมการกระตุ้นและการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยวิกฤต** ประกอบด้วยกิจกรรมการยืดหยุ่นความเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบอย่างสม่ำเสมอและทุกวัน (Barr et al., 2013) การส่งเสริมให้สวมใส่แว่นสายตา และ/หรือ ใช้อุปกรณ์ช่วยฟังในผู้ที่มีความผิดปกติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้น (Martínez et al., 2017) และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยลงได้ (Rosa et al., 2017) แม้กิจกรรมการกระตุ้นและการส่งเสริมการรับรู้มีการปฏิบัติอยู่เดิม แต่ผู้ปฏิบัติไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร การนำแนวปฏิบัติมาใช้ช่วยให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญเพิ่มมากขึ้น และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจนกลายเป็นกิจวัตร ร้อยละ 100 ในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ (ดังแผนภาพที่ 1)

3. **หมวดกิจกรรมการดูแลความสุขสบายและการพักผ่อนของผู้ป่วยวิกฤต** กิจกรรมการส่งเสริมการนอนหลับแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เสียงดนตรีบำบัด จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการนอนพักผ่อนด้วยการลดแสง ลดเสียงรบกวนในเวลากลางคืน โดยจัดให้มีช่วงเวลาเงียบภายในหน่วยงาน และดูแลตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจให้รูปแบบการหายใจเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ในกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการปฏิบัติครอบคลุม แต่มีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหากการจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาไม่ได้ผล พยาบาลจะมีการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาช่วยด้วย โดยพิจารณาจากการประเมินความปวด และอาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย จะมีการประเมินหาสาเหตุและจัดการความปวดก่อนเป็นอันดับแรก ก่อนที่จะพิจารณาให้ยาสงบประสาทหรือยานอนหลับ ผู้ป่วยกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ จะได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายจะง่วง ซึมหลับ มึนงง และสับสน อันเกิดจากยากดการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับการรับรู้ และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Kanova et al., 2017) การปฏิบัติในหน่วยงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีการประเมินระดับความตื่นตัวของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินอาการกระวนกระวาย ภาวะง่วงซึม ของริชมอนด์ (RASS) ทุกครั้ง ก่อนพิจารณาให้ยา มีการลดขนาดยาหรือหยุดการให้ยาสงบประสาทในช่วงกลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตื่นมามีกิจกรรม มีการสื่อสาร และการรับรู้ในช่วงกลางวันที่ดีขึ้น (Kanova et al., 2017)

4. **หมวดกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิกฤตมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว** โดยเริ่มได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และต่อเนื่องวันละ 15-30 นาที จำนวน 3 รอบ โดยแพทย์และพยาบาลร่วมกันประเมินความพร้อมของผู้ป่วยขณะตรวจเยี่ยมในเวรเช้า หากไม่มีข้อห้ามจะพิจารณาเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย กิจกรรมประกอบด้วย การออกกำลังกายตามช่วงการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ (range of motion) การจัดทำทางให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง การจัดให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการทนต่อกิจกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 97.13 และ 43.48) (ดังแผนภาพที่ 1) โดยผู้ป่วยสามารถลุกนั่งห้อยขาบนเตียง การย้ายลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง และการยืนจับราวกันเตียงได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้ร่วมทำกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยตื่นตัว มีการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวได้มากขึ้น และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง (Needham et al., 2017)



5. หมวดกิจกรรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว เป็นสาระสำคัญข้อหนึ่งของแนวปฏิบัติ

ที่แพทย์ผู้รักษาทำการประเมินความพร้อมผู้ป่วยเพื่อฝึกหายใจ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเลือกวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Barr et al., 2013) พยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับฝึกหายใจ ประเมินอาการผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถทนต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจได้ จะรายงานแพทย์ให้ประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ หรือหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขณะทดลองหยาเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจะรายงานแพทย์เพื่อประเมินอาการผิดปกตินั้นและจัดการแก้ไขร่วมกัน การหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้โดยเร็วนั้น ช่วยให้ข้อจำกัดในการสื่อสารของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับทีมผู้ดูแลได้ดีขึ้น สามารถลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตได้ (Mistralletti et al., 2012) กลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติได้รับการดูแลส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยเร็วเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 77.59 และ 64.84) (ดังแผนภาพที่ 1)

การปฏิบัติตามสาระสำคัญของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยาที่กล่าวในข้างต้นนั้น ช่วยลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตลงได้โดยพบว่า กลุ่มที่มีการใช้มีการใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันน้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ 23.91 และ 18.60) และในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้รับการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสมมากกว่ากลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ โดยเฉพาะการดูแลผู้กึ่งร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม (ร้อยละ 74.19 และ 47.54) สำหรับในกิจกรรมการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาสงบประสาท การประเมิน ติดตาม แก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาหรือปรึกษาจิตแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นนั้น ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจัดการเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสมครบถ้วนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 แม้จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิม แต่การนำแนวปฏิบัติมาช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงความสำคัญ และดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยอธิบายตามกรอบแนวคิด “FAME” ของ สถาบันโจนแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ดังนี้

1. ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการทดสอบความเป็นไปได้ของการปฏิบัติก่อนมีการนำไปใช้จริง โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยวิกฤต 6 ราย และสอบถามเห็นของบุคลากรผู้ได้ทดลองใช้พบว่าทุกคนมีความเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติเหมาะสมที่จะนำไปมาใช้ในหน่วยงาน มีความพึงพอใจในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากวิธีการดูแลตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย อีกทั้งยังสามารถใช้ทรัพยากรที่มีในหน่วยงานได้ แม้จะมีการเตรียมอุปกรณ์บางอย่างเพิ่ม แต่ไม่ได้มีค่าใช้จ่ายสูง และสิ่งสำคัญคือ ทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้

2. ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดี มีการจัดกระทำในผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะ (Devlin et al., 2018) และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีทรัพยากรด้านอุปกรณ์ เทคโนโลยี และสถานที่เอื้อต่อการดำเนินงาน รวมถึงด้านทรัพยากรบุคคลที่มีอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติเพียงพอ และผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุน คอยอำนวยความสะดวกให้การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติประสบความสำเร็จได้

3. ความมีคุณค่าของแนวปฏิบัติ (meaningfulness) ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินติดตาม การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถูกต้องและเหมาะสม



มากขึ้น นำไปสู่การลดลงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และหากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น จะได้รับการจัดการด้วยวิธีการที่เหมาะสม นำไปสู่การลดลงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลัน สำหรับคุณค่าต่อบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความรู้และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการดูแลเพื่อการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปทิศทางเดียวกันในหน่วยงาน เกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการ และในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบนี้ ยังส่งผลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดทัศนคติที่ดีในการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นโอกาสดีที่หน่วยงานจะมีการบูรณาการองค์ความรู้ใหม่ ๆ เรื่องอื่น ๆ ที่มาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นปัจจุบันทันสมัยมาใช้ในรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกมากขึ้น

4. ด้านประสิทธิผลในทางคลินิก (effectiveness) การศึกษาครั้งนี้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากภาวะสับสนเฉียบพลันได้นั้น เนื่องจากแนวปฏิบัติถูกพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ มีสาระสำคัญของแนวปฏิบัติครอบคลุมการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Devlin et al., 2018) และได้รับการปรับปรุงใหม่จากฉบับเดิมของปี ค.ศ. 2013 (Barr et al., 2013) ตามหลักฐานที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยเป็นงานวิจัยที่เป็นทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) งานวิจัยที่มีการออกแบบเชิงทดลอง (experimental design) และการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ (observational study) ที่ให้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อย่างชัดเจนในหมวดกิจกรรมการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันแบบไม่ใช้ยา ส่วนกิจกรรมการดูแลแบบใช้ยา แม้มีระดับคุณภาพหลักฐานต่ำอันเนื่องมาจากข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลนหลักฐานที่น่าเชื่อถือมาสนับสนุน แต่ทีมผู้พัฒนาได้มีการกำหนดเงื่อนไขและอธิบายข้อควรพิจารณาในการนำไปใช้ประกอบไว้อย่างชัดเจน (Devlin et al., 2018)

ปัจจุบันมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไว้ข้างต้นไปแปลเป็นภาษาอื่น ๆ และนำไปใช้ในหลาย ๆ ประเทศ ได้แก่ โปรตุเกส ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น จีน เป็นต้น แต่การแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ได้รับการตีพิมพ์เมื่อไม่นานมานี้ จึงยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบเช่นการศึกษานี้ แต่จากรายงานการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับเดิม (Barr et al., 2013) พบว่า แนวปฏิบัติได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อการนำไปปฏิบัติทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ (Mansouri et al., 2013) ซึ่งในการศึกษานี้ได้สนับสนุนผลลัพธ์อันพึงประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในงานประจำ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงาน ดังนี้

1. ควรเตรียมความพร้อมบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติด้านความรู้ และทักษะที่ถูกต้องในการใช้โปรแกรมออนไลน์ฟรี-ดีลิริค โมเดล (PRE-DELIRIC model) สำหรับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน และการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) จนเกิดความคุ้นชินบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2. การประเมินผลลัพธ์ในหน่วยงาน ควรมีผู้ประเมินผลลัพธ์อย่างน้อย 1 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติที่พยาบาลผู้ปฏิบัติทำการประเมินติดตามทุกวันจนถึงผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับการสังเกตการณ์ตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ครบถ้วนทุกหมวดหมู่ และเพื่อให้การรวบรวมข้อมูล



มีความน่าเชื่อถือ ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของการใช้เครื่องมือรวบรวมผลลัพธ์ โดยนำไปหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ จนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 (Gisev et al., 2013)

3. การประเมินด้านความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) และความมีคุณค่าของแนวปฏิบัติ (meaningfulness) ควรมีการประเมินเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ ประเมินผลร่วมด้วย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติในระยะยาว

References

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306.
- Dale, C. R., Kannas, D. A., Fan, V. S., Daniel, S. L., Deem, S., Yanez III, N. D., Hough, C. L., Dellit, T. H., & Treggiari, M. M. (2014). Improved analgesia, sedation, and delirium protocol associated with decreased duration of delirium and mechanical ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 367-374.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Donovan, A. L., Braehler, M. R., Robinowitz, D. L., Lazar, A. A., Finlayson, E., Rogers, S., Douglas, V. C., Whitlock, E. L., & Anesthesia Resident Quality Improvement Committee. (2020). An implementation-effectiveness study of a perioperative delirium prevention initiative for older adults. *Anesthesia and Analgesia*, 131(6), 1911-1922.
- Giles, E. L., Sniehotta, F. F., McColl, E., & Adams, J. (2015). Acceptability of financial incentives and penalties for encouraging uptake of healthy behaviours: Focus groups. *BMC Public Health*, 15(1), 1-12.
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(3), 330-338.



- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2013). *Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II*. <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf> (in Thai)
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, cd000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' manual 2014 edition*. Solito Fine Colour Printers. <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual2014.pdf>
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs institute model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1), 58-71.
- Kanova, M., Sklienka, P., Roman, K., Burda, M., & Janoutova, J. (2017). Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients-a prospective observational study. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 161(2), 187-196.
- Laohatanakom, S. (2014). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of delirium among critically ill patients, medical intensive care unit, Lampang hospital* [Unpublished independent study]. Chiang Mai University. <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/45907> (in Thai)
- Lumyong, T., & Jitpanya, C. (2012). Factors related to delirium in ICU patients with mechanical ventilators. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 23(1), 19-30. (in Thai)
- Mansouri, P., Javadpour, S., Zand, F., Ghodsbin, F., Sabetian, G., Masjedi, M., & Tabatabaee, H. R. (2013). Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 28(6), 918-922. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.06.019>
- Martinez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36-46.
- 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 guidelines*. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
- National Health and Medical Research Council. (2000). *How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies*. <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/2018-03/how-to-put-the-evidence-into-practice-implementation-and-dissemination.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Delirium: Evidence update April 2012: A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 103 'Delirium: Diagnosis, prevention and management' (2010)*. <http://www.evidence.nhs.uk/topic/delirium>



- Needham, M. J., Webb, C. E., & Bryden, D. C. (2017). Postoperative cognitive dysfunction and dementia: What we need to know and do. *British Journal of Anaesthesia*, 119(1), i115-i125.
- Pereira, V. C., Silva, S. N., Carvalho, V. K., Zanghelini, F., & Barreto, J. O. (2022). Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: An overview of systematic reviews. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 1-21.
- Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., Rutzen, W., Falavigna, M., Robinson, C. C., Salluh, J. I., Cavalcanti, A. B., Azevedo, L. C., Cremonese, R. V., Haack, T. R., Eugênio, C. S., Dornelles, A., Bessel, M., Teles, J. M. M., Skrobik, Y., ... Teixeira, C. (2017). Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: A before and after study. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1660-1667.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>
- Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., Serafim, R. B., & Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h2538. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>
- Society of Critical Care Medicine. (2021). *PADIS-Guideline-Translation-Thai.pdf*.
<https://www.sccm.org/sccm/media/PDFs/PADIS-Guideline-Translation-Thai.pdf>
- Tahir, T. A., Chen-Wei Ng, C., Saxena, A., & Oruganti, R. (2022). Design and evaluation of delirium management guidelines in a tertiary care general hospital: A quality improvement project. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 19(02), 32-38.
- Upanisakorn, S., Saeng-ngoen, U., Intharaksa, P., & Chinnawong, T. (2011). Factor related to the knowledge about delirium in critically ill patients among nurses. *Thai Journal of Critical Care Medicine*, 17(2), 6-12. (in Thai)
- Van den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Van Der Voort, P. H. J., van der Hoeven, J. G., Donders, R., van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2012). Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: Observational multicentre study. *British Medical Journal*, 344, e420. <https://doi.org/10.1136/bmj.e420>
- Van den Boogaard, M., Schoonhoven, L., Evers, A. W., Van der Hoeven, J. G., Van Achterberg, T., & Pickkers, P. (2012). Delirium in critically ill patients: Impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Critical Care Medicine*, 40(1), 112-118.
- Zaal, I. J., Devlin, J. W., Peelen, L. M., & Slooter, A. J. (2015). A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 43(1), 40-47.
- Zaubler, T. S., Murphy, K., Rizzuto, L., Santos, R., Skotzko, C., Giordano, J., Bustami, R., & Inouye, S. K. (2013). Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: Replication of the hospital elder Life program in a community hospital. *Psychosomatics*, 54(3), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2013.01.010>