

## ผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : ศึกษากรณี

### Effects of Using the DelCare Package Innovation in the Care of Critically Ill Patients with Acute Confusional State Based on Evidence: A Case Study.

(Received: January 14,2026 ; Revised: January 17,2026 ; Accepted: January 24,2026)

เย็นจิตต์ พิพัฒน์พงษ์<sup>1</sup> พิเชษฐ เรืองสุขสุด<sup>2</sup> นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์<sup>3</sup>

Yenjit Pipatpong<sup>1</sup> Phichet Ruangsuksud<sup>2</sup> Nongluk Methakanchanasak<sup>3</sup>

#### บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อออกแบบการดูแลที่ครอบคลุม ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ไปจนถึงการประเมินการฟื้นฟูการรับรู้และการรู้คิดในผู้ป่วย มีการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้แนวทาง Soukup (2000) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) การค้นหาประเด็นปัญหา เป็นการกำหนดปัญหาซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers) 2) การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการ กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICOT 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ มีการยกตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษา รวมถึงการให้กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละประเภทของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางและประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยได้รับการประเมินและป้องกันภาวะ Delirium มากกว่าร้อยละ 80 การพัฒนานวัตกรรมการดูแลนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้รวดเร็วและแม่นยำ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแลในผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ผู้ป่วยวิกฤต, การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ , หอผู้ป่วยหนัก, นวัตกรรมการดูแล

#### Abstract

The objective of this article is to develop the DelCare Package, an innovative approach for managing critically ill patients with acute confusion. This package aims to provide comprehensive care, ranging from risk assessment for acute confusion to the evaluation of cognitive recovery in affected patients. The care model is developed based on Soukup's (2000) framework, which consists of four key components 1) Identifying the Problem This involves defining the issue based on two sources of evidence: practice triggers (derived from clinical observations) and knowledge triggers (gained from academic learning and research) 2) Reviewing and Searching for Empirical Evidence. This step involves establishing criteria for searching evidence-based 2 literature using the PICOT framework 3) Implementing the Practice Guidelines This includes case study analysis and nursing interventions tailored to different types of acute confusion observed in patient care systems. The goal is to provide practical guidance and benefits for patients experiencing acute confusion 4) Applying the revised guidelines in clinical settings – The implementation results demonstrated significant clinical outcomes, including the successful assessment and prevention of delirium in more than 80% of patients. The development of this DelCare Package allows nurses to diagnose delirium more accurately and efficiently, reducing patient risks and enhancing the overall quality of care in critical care units.

<sup>1</sup> พ.บ. นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup> ปร.ด.อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author

<sup>3</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Keywords:** Delirium, Critically Ill Patients, Evidence-Based Nursing, Intensive Care Unit, Innovation

## บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนอาจเกิดจากหลายพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงจะไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง อย่างชัดเจน<sup>1</sup> สมองมีการทำงานบกพร่องอย่างกะทันหัน (Acute brain failure) ส่งผลให้ระดับความรู้สึกรู้ตัว ระดับความรู้คิด ความใส่ใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ภาวะนี้เป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่พบ ร่วมกับปัญหาทางจิตเวช จัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Multifactorial syndrome)<sup>2</sup> มักเกิดขึ้น หลังการเจ็บป่วยของร่างกายชนิดเฉียบพลันหรือมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>3,4,5,6</sup> ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าปีละ 2.6 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด มีอาการวิฤตหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>7</sup> และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 22-76<sup>8</sup> สำหรับ ประเทศไทยพบความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 48.9<sup>9</sup> และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 4.8-20.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 8.4-8.8 หอผู้ป่วยวิฤต ร้อยละ 3.5-22<sup>10</sup> พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 50 ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต ร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันประมาณ 5.2 เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะซึมสับสนเฉียบพลันแตกต่างกันในแต่ละรายงานขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัย<sup>11</sup> จากการรวบรวมข้อมูลในระบบประกันสุขภาพทั้งหมดที่ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 96 ของประชากรทั้งประเทศ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 พบผู้ป่วย

สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 11,410 ครั้ง คิดเป็นอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 155.4 ครั้ง อัตราการ เสียชีวิต 6.1 คนต่อประชากร 100,000 คน มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay) เฉลี่ย 22.3 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 53,174 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง 5.4 วัน และค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 18,230.8 บาท<sup>12</sup>

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดในช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเกิดอาการอาจนานเป็น ชั่วโมง เป็นวัน เป็นสัปดาห์<sup>5</sup> หรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วยังคงมีอาการอยู่บางรายอาจใช้เวลานานถึง 12 เดือน กว่าที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ระดับพื้นฐานของการรับรู้ก่อนการเกิดภาวะดังกล่าว ในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นมีโอกาสที่จะกลับเข้ามารักษา การ รักษา ซ้ำ ใน โร ง พ ย า บ า ล (Hospital readmissions)<sup>13</sup> และผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดที่มีอาการไว้วาย ก้าวร้าว เห็นภาพหลอน อาจดึงอุปกรณ์ต่างๆออกเอง เช่น สายให้น้ำเกลือ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษา เจ้าหน้าที่จึงทำการผูกมัดผู้ป่วย (Restraint) เพื่อเป็นการลด ความวุ่นวาย แต่ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล และผู้ป่วยขาดความเป็นอิสระในการเคลื่อนไหว การให้ยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยสงบทำให้มีอาการง่วงซึม เมื่อผู้ป่วยลุกเดินจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม กลายเป็นผลข้างเคียงที่เกิด จากการรักษา (iatrogenesis)<sup>14</sup> หรือ การให้ยาระงับประสาท เช่น Lorazepam ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนเฉียบพลันอยู่แล้วเกิดมีอาการสับสนมากยิ่งขึ้น<sup>15</sup> หากเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดที่ระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ แต่ไม่มีสมาธิจดจ่อ ผู้ดูแลอาจไม่ได้ให้ความสนใจเพราะไม่เข้าใจว่าเกิดอาการผิดปกติขึ้นแล้วหรือเกิดชนิดที่ผู้ป่วยมี อาการง่วงซึม นอนหลับ

มาก เฉยเฉย ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเกิดความอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วย ไม่ใช่อาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ข้อยึดติดเกิดภาวะทุพพลภาพ ปอดอักเสบจากการสำลัก<sup>16</sup> เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ยิ่งทำให้โรคมึความรุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงขึ้นด้วย<sup>17,18</sup> ภาวะสับสนเฉียบพลันนำไปสู่การเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยสูงอายุ การรู้คิดลดลง (Cognitive decline) เกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ต่อไปได้ การทำงานของร่างกายลดลง (Functional decline) หากหนัก<sup>19</sup> ทำให้กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ต้องเข้ารับการดูแลระยะยาว (Long term care) บางรายอาจต้องเข้าใช้บริการต่อในสถานบริบาลผู้สูงอายุ เช่น Nursing home การศึกษาที่ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.47 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุผู้นั้นอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องมีคนคอยช่วยเหลือเกือบทั้งหมด<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของโรคที่คุกคามชีวิต สภาพแวดล้อมขณะเข้ารับการรักษา ผู้สูงอายุอยู่ในห้องเดี่ยว บางครั้งมีการ เคลื่อนย้ายเตียง ไม่มีนาฬิกาบอกเวลา มีความสามารถของการมองเห็นและการได้ยินลดลงโดยไม่ได้นำแว่นสายตาหรือเครื่องช่วยฟังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการทำหัตถการและสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆบ่อยครั้ง มีความจำเป็นต้องผูกมัดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และป้องกันการดึงอุปกรณ์ออกเอง มีเสียงรบกวนทั้งจาก

บุคลากรและการร้อง เติมนของอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการจำกัดเวลาเยี่ยมญาติไม่ได้เยี่ยมเฝ้าตลอด<sup>14</sup>

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมิทั้งความชุกและอุบัติการณ์ที่สูงถึงแม้อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวไม่ถาวร ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือได้รับซ้ำทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะสามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา มีรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักถูกมองข้ามการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80<sup>20</sup> ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ควรให้ความสนใจในการคัดกรองและประเมินเพื่อเฝ้าระวัง เมื่อพบว่าเกิดภาวะนี้ขึ้นควรรีบหาสาเหตุและจัดการให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ สำหรับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลควรมีการประสานกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเห็นได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันมีผลกระทบที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพทั้งหมด<sup>18</sup> ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันต่อครอบครัวมีหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการสับสนเฉียบพลันที่เกิดกลัวความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบต่อภาระการดูแล เพิ่มความยุ่งยากในการดูแลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ภาวะสับสนเฉียบพลันยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น ด้านภาระการดูแล ภาวะสับสนเฉียบพลันทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ต้องการการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุมากขึ้น เพิ่มภาระงานของบุคลากรในการให้การักษาพยาบาล ซึ่ง

บางครั้งมีอัตราค่าล้างน้อย การดูแลจึงมีความยุ่งยากมากขึ้น ด้านค่าใช้จ่าย ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการส่งซ่อมหรือจัดซื้อ อุปกรณ์ทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยทำให้ชำรุดเสียหาย<sup>20</sup>

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ปัจจุบันมี การศึกษาเพื่อประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง ทั้งการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยต่างๆโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง แต่ทางหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติใดที่มีความเฉพาะกับบริบท ดังนั้นควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีความชัดเจน จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาล มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดี ต่อการรับรู้ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีแนวทางในการดูแล ได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อการประเมิน การวินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

### วิธีการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่

เข้ารับการรักษาใน ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ครั้งนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Soukup (2000)<sup>29</sup> การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งมีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase) ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-2 รายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา** (Evidence-trigger phase) เป็นการกำหนดปัญหาซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers)

1.1 ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจะพบว่าพยาบาลวิชาชีพ รับรู้ว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล (ร้อยละ 100) พยาบาลวิชาชีพไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการประเมินหรือการดูแลเป็นลายลักษณ์อักษร ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่ต้องการพัฒนา คือ การฝึกอบรม การให้ความรู้ และสร้างแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

1.2 ตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers) จากการทบทวนงานวิจัย บทความวิชาการต่างๆ พบว่ามีอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันสูงทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ<sup>10</sup> นอกจากนี้อุบัติการณ์ดังกล่าวยังพบสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>19</sup>

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันมีมากมายทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อผู้ดูแล ต่อระบบบริการและหน่วยงาน<sup>9</sup> การประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นการลดผลกระทบที่ดีที่สุด และแนวปฏิบัติการพยาบาลมีส่วนช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น<sup>10</sup> ดังนั้นการประเมินที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีแนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้

**ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์** (Evidence-supported phase) เป็นการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ

ประเด็นปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้สูงอายุนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

**2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์**

2.1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICOT (Riva et al., 2012)

**1.คำถามทางคลินิก :** เครื่องมือในการประเมินการวินิจฉัย Deliriumในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีอะไรบ้าง

**ตารางที่ 1.1 แสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลัก PICO-T**

PICO-T	คำสำคัญ (Keyword)
P : Population	Population : medical intensive care unit or ICU med or intensive care unit or critical care or critical patient
I : Intervention	Tools or Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) or Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) or validated screening tools or instruments or scales or questionnaires
C : Comparison	-
O : Outcome	delirium or acute confusion
T : Time	2019-2024

ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ CINAHL, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PROQUEST และ THAIJO

**เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์**

**ตารางที่ 1.2 แสดงเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์**

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
1.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือประเมินหรือวินิจฉัย Delirium	1.การศึกษาที่ไม่ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2.ประชากรเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2.การศึกษาที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินหรือวินิจฉัย Delirium
3.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) หรือเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงอื่นๆ	3.การศึกษาที่ใช้เครื่องมือที่ไม่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง

## ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidenced-based Practice Nursing)

ตารางที่ 1.3 แสดงฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	วันที่สืบค้น	จำนวนเรื่องที่ สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่น่ามาสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์
CINAHL	17/9/2567	54	6
PUBMED	2/9/2567	86	8
PROQUEST	10/9/2567	8	1
THAIJO	10/9/2567	145	10
SCIENCE DIRECT	18/9/2567	14	2

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินหลักฐานโดยการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง

(Levels of Evidence) (Joanna Briggs Institute, 2014) และการพิจารณาระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ (Grades of Recommendation) (Joanna Briggs Institute, 2014)

ตารางที่ 1.4 แสดงLevels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)

Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)		จำนวนเรื่อง
Level 1.a	Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)	6
Level 1.c	RCT	5
Level 2.b	Systematic Review of Quasi- Experimental and Other Lower Study Designs	2
Level 2.c	Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study	2
Level 2.d	Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study	2
Level 3.b	Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs	4
Level 3.c	Cohort Study with Control Group	2
Level 3.e	Observational Study Without a Control Group	2
Level 4.a	Systematic Review of Descriptive Studies	1
Level 4.c	Case Series	1

2.คำถามทางคลินิก : การจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะDelirium ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีอะไรบ้าง

**ตารางที่ 2.1** แสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลัก PICO-T

PICO-T	คำสำคัญ (Keyword)
P : Population	Population : medical intensive care unit or ICU med or intensive care unit or critical care or critical patient
I : Intervention	nursing management or nursing management or nursing care or nursing interventions or nursing implementation
C : Comparison	-
O : Outcome	delirium or acute confusion
T : Time	2019-2024

ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ CINAHL, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PROQUEST และ THAIJO

**เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์**

**ตารางที่ 2.2** แสดงเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
1.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย Delirium	1.การศึกษาที่ไม่ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2.ประชากรเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2.การศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย Delirium
3.การศึกษาที่ระบุการจัดการทางการแพทย์ การดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย Delirium	3.การศึกษาที่เน้นเฉพาะการรักษาทางการแพทย์โดยไม่มีกรกล่าวถึงบทบาทของพยาบาล

**ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidenced-based Practice Nursing)**

**ตารางที่ 2.3** แสดงฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	วันที่สืบค้น	จำนวนเรื่องที่ สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่น่ามาสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์
CINAHL	7/9/2567	72	22
PUBMED	9/9/2567	34	10
PROQUEST	9/9/2567	12	2
THAIJO	10/9/2567	56	12
SCIENCE DIRECT	10/9/2567	7	2

**การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์**

การประเมินหลักฐานโดยการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง

(Levels of Evidence) (Joanna Briggs Institute, 2014) และการพิจารณาระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ (Grades of Recommendation) (Joanna Briggs Institute, 2014)

ตารางที่ 2.4 แสดง Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)

Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)		จำนวนเรื่อง
Level 1.a	Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)	6
Level 1.c	RCT	5
Level 2.b	Systematic Review of Quasi- Experimental and Other Lower Study Designs	8
Level 2.c	Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study	3
Level 2.d	Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study	5
Level 3.b	Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs	2
Level 3.c	Cohort Study with Control Group	8
Level 3.e	Observational Study Without a Control Group	4
Level 4.a	Systematic Review of Descriptive Studies	3
Level 4.c	Case Series	4

### ผลการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ครั้งนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ ศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Soukup (2000)<sup>29</sup> การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล ซึ่งมีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-3 รายละเอียดดังนี้

#### กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยอายุ 77 ปี เพศ ชาย วันที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 1 กุมภาพันธ์ 2568 หอผู้ป่วย MICU3 เต็ม 22 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก: Pneumonia with Acute RS failure วิเคราะห์ปัจจัยการเกิด Delirium อายุ >65ปี, เพศชาย, มีภาวะ Hypoxia, มีติดเชื้อ Pneumonia แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิด Delirium ประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิด Delirium 15 คะแนน (High risk) ประเมิน

MAAS,RASS,CAM-ICU ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล อาการ : ตื่นไปมาพยายามจะดึงท่อทรวงอกแต่ดึงไม่ได้ ยา Fentanyl(10:1) iv 5 cc/hr (3-6/2/68) ประเมินคัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการพยาบาลตามชนิด ผู้ป่วยมีภาวะสับสนชนิด Hyperactive Delirium ได้รับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 3 วัน

ในวันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บ้าง มัดมือไว้

#### กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยอายุ 67 ปี เพศ หญิงวันที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 8 กุมภาพันธ์ 2568 MICU3 เต็ม 19 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก: Sepsis with Acute RS failure วิเคราะห์ปัจจัยการเกิด Delirium อายุ >65ปี, มีภาวะ Hypoxia, มีติดเชื้อ Sepsis แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิด Delirium ประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิด Delirium 12 คะแนน (High risk) ประเมิน MAAS,RASS,CAM-ICU ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล อาการ : ผู้ป่วยพยายามจะดึงท่อแบบคัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการพยาบาลตามชนิด ผู้ป่วยมีภาวะสับสนชนิด Hyperactive

Delirium ได้รับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

กิจวัตรประจำวันได้บ้าง

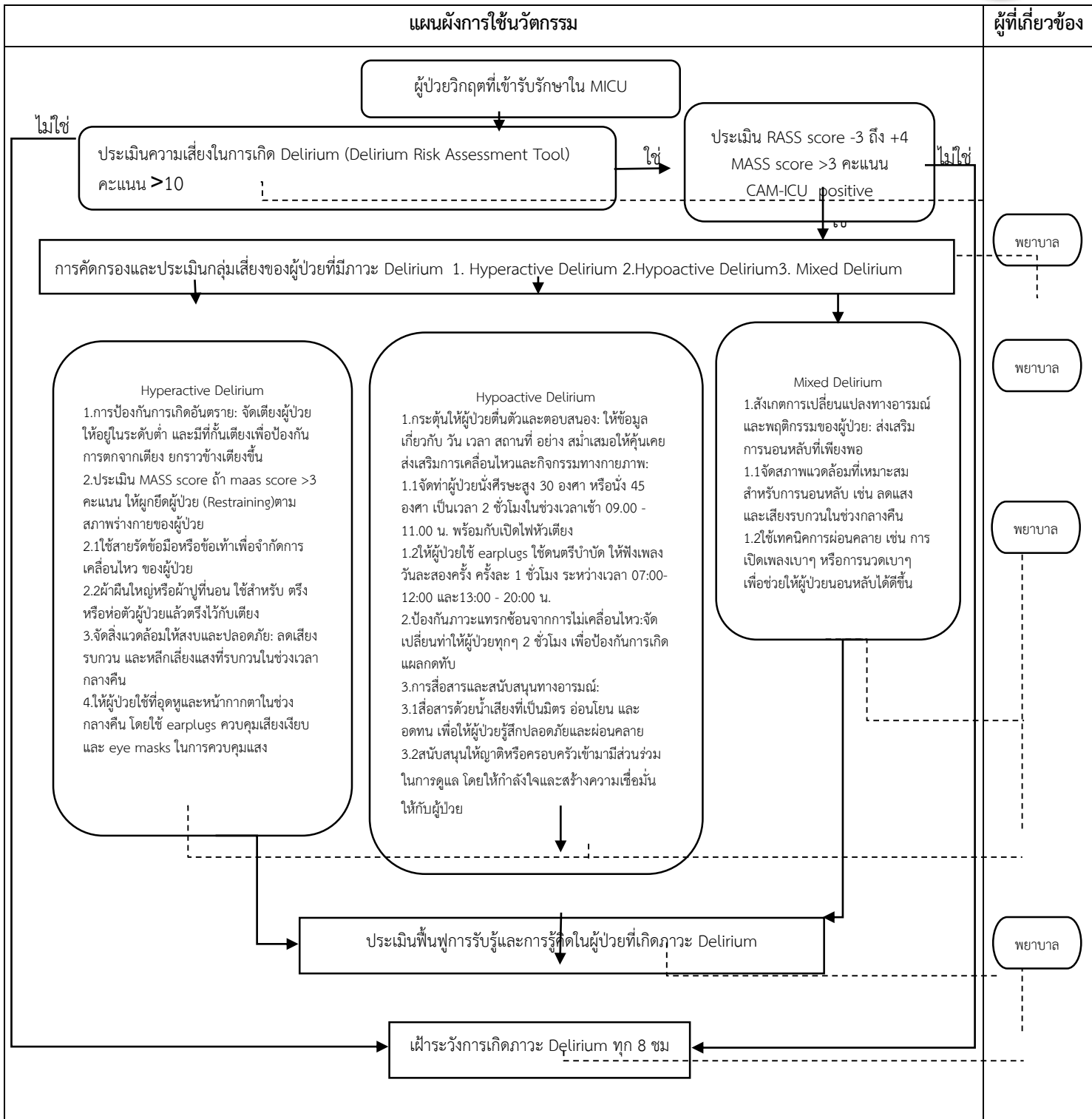
ทั้ง 2 วัน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับภาวะ Delirium

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
อายุ	77 ปี	67 ปี
เพศ	ชาย	หญิง
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Pneumonia with Acute RS failure	Sepsis with Acute RS failure
ปัจจัยเสี่ยงต่อ Delirium	อายุมากกว่า 65 ปี, เพศชาย, Hypoxia, Pneumonia	อายุมากกว่า 65 ปี, Hypoxia, Sepsis
ระดับความเสี่ยงDelirium	15 คะแนน (High risk)	12 คะแนน (High risk)
วันที่เกิด Delirium	วันที่ 3 ของการนอน รพ.	วันที่ 1 ของการนอน รพ.
ประเภทของ Delirium	Hyperactive Delirium	Hyperactive Delirium
อาการที่พบ	ตื่นไปมา, พยายามดึงท่อ, ทุกเตียง	พยายามดึงท่อ
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลจนดีขึ้น	3 วัน	2 วัน
การตอบสนองต่อการพยาบาล	ค่อย ๆ ขึ้นตัว, ยังต้องมัดมือไว้	ฟื้นตัวเร็วกว่า, สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

จากทั้ง 2 กรณีศึกษาได้วิเคราะห์การใช้  
นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสับสน  
เฉียบพลัน โดยสกัดแนวทางการพยาบาลเพื่อการ  
ประเมิน การป้องกัน การคัดกรองชนิดและการ  
พยาบาลตามแต่ละชนิด พร้อมทั้งการฟื้นฟูการรับรู้และ  
การรู้คิดในผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหอ  
ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม สรุปผลการศึกษาได้ว่า การใช้  
นวัตกรรมการพยาบาลในการประเมินการเกิด  
ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ใน  
หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีคุณภาพเหมาะสมสามารถ  
นำไปใช้ได้ และได้นวัตกรรมการพยาบาลในการ

ประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้า  
รับการรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ประกอบด้วย  
แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสน  
เฉียบพลัน แบบประเมิน MAAS,RASS,CAM-ICU, แบบ  
คัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการ  
พยาบาลตามชนิด และแบบประเมินการฟื้นฟูการรับรู้  
และการรู้คิดในผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน  
จากการศึกษาดังกล่าวสามารถสร้างแผนภาพสรุป การ  
ใช้นวัตกรรมการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะ  
สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอ  
ผู้ป่วยอายุรกรรม ดังนี้



**ผลการศึกษา**

การนำนวัตกรรม DelCare Package ไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจำนวน 2 ราย (กรณีศึกษา) ภายใต้กรอบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ของ Soukup ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง การคัดกรอง delirium อย่าง เป็น ระบบ (MAAS/RASS/CAM-ICU) และการจัดการตามชนิดของ delirium พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีคะแนนความเสี่ยง

อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (12-15 คะแนน) และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด hyperactive โดยรายที่ 1 เกิดอาการในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาลและดีขึ้นภายใน 3 วัน ส่วนรายที่ 2 เกิดอาการตั้งแต่วันที่ 1 และดีขึ้นภายใน 2 วัน ผลลัพธ์ที่สังเกตได้คือพฤติกรรมกระสับกระส่าย/พยายามดิ้นที่ลดลง ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนตามลำดับ<sup>29,31</sup>

นอกจากนี้ จากการสรุปผลการดำเนินการในบทความระบุว่า การประเมินและการป้องกันภาวะ delirium ในหน่วยงานสามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสะท้อนว่ากรม “ชุดแนวปฏิบัติ” ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอของการคัดกรองและการดูแล<sup>29</sup>

**สรุปและอภิปรายผล**

ผลที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นภายใน 2-3 วัน สอดคล้องกับธรรมชาติของ delirium ที่มีความผันผวนและมักสัมพันธ์กับปัจจัยกระตุ้นเฉียบพลัน เช่น ภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อ หากได้รับการประเมินและจัดการอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีโอกาสกลับคืนสู่ระดับพื้นฐานได้<sup>8,7,16,18</sup>

DelCare Package เน้น “การคัดกรองเชิงรุก” ด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่าง CAM-ICU ซึ่งได้รับการรายงานว่ามีความรวดเร็วและมีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัย delirium ในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การคัดกรองสม่ำเสมอจึงช่วยลดการพลาดวินิจฉัย และทำให้เริ่มการดูแลแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacologic) ได้เร็วขึ้น<sup>31,30</sup>

แนวทาง PADIS แนะนำให้ใช้การดูแลแบบหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมิน/ลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดสิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และมีครอบครัวมีส่วนร่วม การเคลื่อนไหวเร็ว รวมถึงการหลีกเลี่ยงยาที่เพิ่มความเสี่ยง delirium เมื่อเป็นไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมสำคัญที่บรรจุไว้ใน DelCare Package (เช่น การควบคุมเสียงและแสงด้วย

earplugs/eye mask และมาตรการความปลอดภัยใน hyperactive delirium)<sup>30,8,19</sup>

อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากกรณีศึกษาให้ข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้ว่านวัตกรรมเป็นสาเหตุโดยตรงของการดีขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษานำร่องหรือการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเพื่อประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ<sup>29</sup>

**สรุป**

DelCare Package เป็นนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เน้นการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และการจัดการตามชนิดของ delirium จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วย hyperactive delirium อาการดีขึ้นภายใน 2-3 วัน และแนวทางดังกล่าวมีศักยภาพในการเพิ่มความสม่ำเสมอของการคัดกรองและการป้องกัน delirium ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษานำร่องและประเมินผลลัพธ์เชิงระบบก่อนขยายผล<sup>29,30</sup>

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการพัฒนาต่อ**

1. จัดอบรมและทำคู่มือการใช้เครื่องมือ MAAS/RASS/CAM-ICU รวมถึงการจำแนกชนิดของ delirium เพื่อให้พยาบาลประเมินได้ตรงกัน และกำหนดความถี่การประเมิน (เช่น ทุก 8 ชั่วโมง) ให้เป็นมาตรฐานหน่วยงาน<sup>30,31</sup>
2. ทำการศึกษานำร่อง (pilot) หรือก่อน-หลัง (pre-post) โดยติดตามตัวชี้วัดหลัก เช่น อุบัติการณ์และระยะเวลาของ delirium จำนวนวันผูกยึด/ใส่ยากดประสาท ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลานอน ICU/โรงพยาบาล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เช่น unplanned device removal)<sup>18,30</sup>
3. วางระบบติดตามคุณภาพ (audit & feedback) และทบทวนผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับ DelCare Package ให้เหมาะกับบริบทกำลังคนและทรัพยากรของหอผู้ป่วย<sup>29</sup>

### เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย.(2558). หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. หน้า 1-14.
2. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: อีส ออกัส จำกัด; 2560.
3. Wan M, Chase JM.(2017). Delirium in older adults: diagnosis, prevention, and treatment. B C Med J. 2017;59:165-70.
4. ศรีสรลักษณ์ สุ่มงคล, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, พรชัย จุลเมตต์.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. เอกสารในการประชุม: การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 25 พ.ค. 2561; มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี. 2561. หน้า 364-76.
5. ทิพนเนตร งามกาลละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ.(2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2561;24:138-49.
6. กัญจนา ปุกคำ, กุสุมา คุวัฒนะสัมฤทธิ์, ธารทิพย์ วิเศษธาร.(2563). การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562;6:68-86.
7. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK.(2017). Delirium in older persons: advance in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318:1161-74.
8. Inouye SK.(2006). Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354:1157-65.
9. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D, et al.(2011). Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. J Med Assoc Thai. 2011;94 Suppl 1:S99-104.
10. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรุโณทัย ศิริอัสกุล.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช = Clinical practice guidelines for prevention and management of delirium in hospitalized older patients.–กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
11. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(2558). ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2558. หน้า 113-27.
12. Limpawattana P, Sutra S, Thavompitak Y, Sawanyawisuth K, Chindaprasirt J, Mairieng P.(2012). Delirium in hospitalized elderly patients of Thailand; is the figure underrecognized? J Med Assoc Thai. 2012;95 Suppl 7:S224-8.
13. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A, Inouye SK, et al.(2012). Cognitive trajectories after postoperative delirium. N Engl J Med. 2012;367:30-9.
14. Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED.(2014). Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly persons. Lancet Psychiatry. 2014;1:312-15.
15. สุนันทา ครองยุทธ.(2558). การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอ ซี ยู (Managing of Delirium in ICU Patients). วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558;23:89-99.
16. Marcantonio ER.(2017). Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med. 2017;377:1456-66.
17. Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T, Shahid M, et al.(2011). Insight into delirium. Innov Clin Neurosci. 2011;8:25-34.
18. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW.(2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012;26:277-87.
19. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS.(2014). Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383:911-22.

20. นิติกุล บุญแก้ว.(2561). การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น เอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12:38-47.
21. กรมสุขภาพจิต, สำนักวิชาการสุขภาพจิต.(2562). ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรครจิตเวช: ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
22. ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2555). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.
23. Flacker JM, Lipsitz LA.(1999). Neural mechanisms of delirium: current hypotheses and evolving concepts. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999;54:B239-46.
24. Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Fendler W, Okonski P, Banys A, et al.(2010). Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. *J Psychosom Res.* 2010;69:179-85.
25. Mendez FM, Gershfield DN.(2004). Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, FenichelGM, Jankovic J eds. *Neurology in clinical practice: The neurological dis-orders, fourth edition.* Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004.p29-42.
26. Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK.(2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol.* 2015;14:823-32.
27. Schub TB.(2018). *Delirium: an overview.* Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
- 28.Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK.(2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009;5:210-20.
29. Soukup, S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02468-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9)