

ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุกต่อพฤติกรรมปฏิบัติของ  
พยาบาลและการเกิดภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



นางสาวพิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล

ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

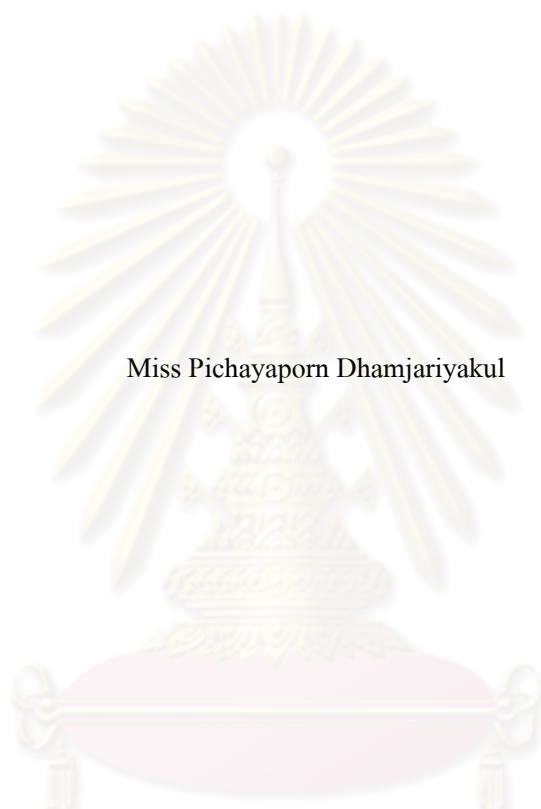
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF COACHING PROGRAM TO PREVENT DELIRIUM ON NURSES'  
BEHAVIORS AND INCIDENCE OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED  
OLDER PERSONS

Miss Pichayaporn Dhamjariyakul



ศูนย์วิทยุพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสน  
ฉับพลันต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติของพยาบาลและการเกิด  
ภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน  
โรงพยาบาล

โดย

นางสาวพิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล

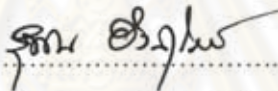
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

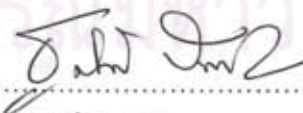
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นั้บวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุ้ศักดิ์ ชัมภลิจิต)

พิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล : ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสน  
 จับพลันต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ  
 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (EFFECTS OF COACHING PROGRAM TO  
 PREVENT DELIRIUM ON NURSES' BEHAVIORS AND INCIDENCE OF  
 DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :  
 ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์, 134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรม  
 การสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับพลันต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสน  
 จับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนก  
 อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ใน  
 การเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อ  
 ป้องกันภาวะสับสนจับพลัน แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือที่  
 ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ แบบสังเกตการ  
 ปฏิบัติของพยาบาลตามการปฏิบัติจริง แบบประเมินผู้สอนแนะ และแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนจับพลันใน  
 ผู้สูงอายุ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง  
 ตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยงโดยแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ  
 สับสนจับพลันในผู้สูงอายุใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 แบบวัดความรู้  
 เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .99 วิเคราะห์  
 ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ  
 (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับพลัน หลังได้รับโปรแกรมการสอน  
 แนะนำทันทีและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญ  
 ทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับพลัน หลังได้รับ โปรแกรมการสอน  
 แนะนำทันทีและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน
3. จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะเท่ากับ 1  
 ครั้ง หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน ไม่พบการเกิดภาวะสับสนจับพลัน

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2553 .....

ลายมือชื่อนิสิต พิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

## 5177582136: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : COACHING PROGRAM / DELIRIUM / NURSES' BEHAVIORS / OLDER PERSONS

PICHAYAPORN DHAMJARIYAKUL: EFFECTS OF COACHING PROGRAM TO PREVENT DELIRIUM ON NURSES' BEHAVIORS AND INCIDENCE OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER PERSONS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 134 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of coaching program to prevent delirium on nurses' behaviors and incidence of delirium in hospitalized older persons. The samples were 17 registered nurses, who worked in medical department at the King Chulalongkorn Memorial Hospital. The instruments were 1) The instruments for collecting data consisted of demographic questionnaire, nurses' behaviors assessment, and the incidence of delirium record 2) The experimental instrument consisted of a coaching program to prevent delirium, observational record regarding to nursing practice, coach's assessment and knowledge delirium questions. All instruments were validated by a panel of 5 experts. The reliability of nurses' behaviors assessment was tested and the Chronbach's alpha coefficient was 1.0, the knowledge of delirium questionnaire was tested and KR-20 was .99. The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, and Repeated Measures ANOVA.

Results were as follows:

1. The nurses' behaviors to prevent delirium immediate after receiving coaching program and after received coaching program for 1 month was significantly better than before receiving coaching program at the level of .05.
2. There was no significant difference between the nurses' behaviors to prevent delirium immediate after receiving coaching program and after received coaching program for 1 month.
3. The number of the incidence of delirium before receiving coaching program was 1, after receiving coaching program immediately and after received coaching program 1 month was not found.

Field of Study : ..... Nursing Science .....

Academic Year : ..... 2010 .....

Student's Signature: *Pichayaporn Dhamjariyakul*

Advisor's Signature : *Siriphan Sasat*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใยและเอาใจใส่ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ สภากาชาดไทย ที่อนุญาติทุนสนับสนุนการศึกษา ขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณน้อง ๆ พยาบาลหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 ทั้ง 17 คน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ ห่วงใยและเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา อันเป็นที่รักยิ่ง ที่เป็นผู้ให้สติปัญญา ปลูกฝังสิ่งดีงาม เป็นแรงผลักดัน คอยห่วงใยและให้กำลังใจมาโดยตลอด รวมทั้งขอขอบคุณพี่สาวและน้อง ๆ สมาชิกในครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความห่วงใยและให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญแผนภาพ .....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
ภาวะสับสนจับปล้น (Delirium).....	15
บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ .....	29
รูปแบบการจัดการกับภาวะสับสนจับปล้น .....	32
การสอนแนะ .....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ .....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย .....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	51
การดำเนินการทดลอง .....	57
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	63

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	64
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	74
	สรุปผลการวิจัย.....	78
	อภิปรายผลการวิจัย.....	78
	ข้อเสนอแนะ .....	83
	รายการอ้างอิง .....	85
	ภาคผนวก .....	97
	ภาคผนวก ก  รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	98
	ภาคผนวก ข  ตัวอย่างหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือ หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารการพิจารณาจริยธรรม .....	100
	ภาคผนวก ค  เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	106
	ภาคผนวก ง  ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	110
	ภาคผนวก จ  ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	129
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	134



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงลักษณะเปรียบเทียบทางคลินิกของ Delirium, Dementia และ Depression.....	25
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันและการได้รับความรู้เรื่องการป้องกัน ภาวะสับสนจับปล้นผู้สูงอายุ.....	65
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน.....	67
4	การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ของพยาบาลก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอน เน้นทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน.....	68
5	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ ของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนเน้นทันทีและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน.....	69
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องภาวะสับสนจับปล้นใน ผู้สูงอายุ ของพยาบาล ก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรม การสอนเน้นทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน (n=17).....	72
7	ผลการทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ.....	130
8	การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัว (Multivariate Analysis of Variance)	131
9	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความแปรปรวน.....	132

- 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ระหว่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni..... 133



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49
2	สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	62



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสับสนจับปล้นเป็นหนึ่งในภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ในบรรดาลักษณะการ แสดงอาการจากความเจ็บป่วย (presentation of illness) ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หรือที่เรียกรวมกันว่า “ยักษ์ใหญ่ในผู้สูงอายุ” ได้แก่ ภาวะสับสนจับปล้น (delirium) ภาวะเคลื่อนที่หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ (immobility) การพลัดตกหกล้ม (falls) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (incontinence) และ การเกิดแผลกดทับ (pressure sore) (American Psychiatric Association [APA], 2000; Tropea et al, 2008) ซึ่งภาวะสับสนจับปล้นเกิดได้ทั้งที่บ้าน สถานบริบาล บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลและ ชุมชน (Inouye & Young, 2007) พบผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการสับสนจับปล้น ประมาณร้อยละ 10-20 (Ebersole et al., 2004) พบหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 14-56 (Fick, Agostini & Inouye, 2002) และพบในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ร้อยละ 15-70 (Van & Seitz, 2006; Gill, 2007) อีกทั้งพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่าง แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยถึง ร้อยละ 32 (Francis et al., 1988 cited in Coffey & Cumming, 1994) มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลพบมีภาวะสับสนจับปล้น ร้อยละ 85 (Fick, Agostini & Inouye, 2002) และพบได้เสมอในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิตถึง ร้อยละ 80 (Mauk, 2006) ภาวะสับสน จับปล้นทำให้อัตราการตายถึงร้อยละ 10-65 (Inouye, 1994) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน จับปล้นเสียชีวิตขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 25-70 (Gill, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ McCusker et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้นมีอัตราการตาย ร้อยละ 38 เมื่อ เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนจับปล้น และจากการศึกษาของ Francis, Martin, & Kapoor (1990) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้นมีอัตราการตาย ร้อยละ 8 เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสน จับปล้น ร้อยละ 25-33 หรือมากกว่า เสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Gill, 2007)

ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะสับสนจับปล้นเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มารับการ รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 15.5 (Jitapunkul & Hanvivadhankul, 1998) จากการศึกษาของ นัดดา คำนิยม (2549) พบภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรม ร้อยละ 6.93

ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ บุศรา เอี้ยวสกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก (2002) ที่พบภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรมร้อยละ 6.3 ภาวะสับสนนับพลันพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและพบมากในผู้สูงอายุ (Tropea et al., 2008) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 17 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2550) ทำให้คาดการณ์ได้ว่าในอนาคต อัตราการเกิดภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มขึ้น และจะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนนับพลันเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเขาวนปัญญา (global cognitive impairment) และความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง (Lipowski, 1990) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) มีการเปลี่ยนแปลงของเขาวนปัญญา (cognition) หรือมีการรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนนับพลันประกอบด้วย การขาดความตั้งใจ (inattention) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (disorientation) ความจำบกพร่อง (memory impairment) การจัดระบบความคิดผิดปกติ (disorganized thinking) การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (psychomotor disturbance) และความผิดปกติของวงจรการหลับ-ตื่น (sleep-wake cycle disturbance) (APA, 2000; Thomson & Norman, 2006)

ภาวะสับสนนับพลันเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ จำแนกเป็น ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) เช่น การสูงอายุ (Tropea et al., 2008) ภาวะสมองเสื่อม (Fick, Agostini, & Inouye, 2002) โรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น (Inouye et al., 1999; Faezah et al., 2008) และปัจจัยกระตุ้น (precipitation factors) เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย การจำกัดการเคลื่อนไหว การใส่สายสวนต่าง ๆ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด โดยเฉพาะการใช้ยาทางจิตเวช (Inouye, 2006; Sheng et al., 2006) ในผู้สูงอายุการเกิดภาวะสับสนนับพลันมักเกิดจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน ผู้ป่วยที่ภาวะสับสนนับพลัน จะเกิดอาการผิดปกติของหน้าที่สมองอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่จะมีประวัติภายใน 2 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นัคดา คำนิยม (2549) ที่พบว่าอาการของภาวะสับสนนับพลันเกิดขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาและเกิดสัปดาห์แรก ส่วนใหญ่เกิดในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ จินตนา สินธุสุวรรณ (2550) พบว่า ภาวะสับสนนับพลันส่วนใหญ่พบอาการและอาการแสดงในช่วง 1-3 วันแรก ดังนั้น

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในชว่งนี้จะสามารถป้องกันภาวะสับสนล้มลุกได้

ภาวะสับสนล้มลุกที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การเกิดแผลกดทับ ความต้องการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (O'Keefe, 1999; Cole, 2004) ด้านผู้ดูแล และครอบครัว ภาวะสับสนล้มลุกจะส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดในปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลว่าภาวะสับสนล้มลุกเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้ความเครียดในการดูแลมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2551) และนอกจากนี้การดูแลในโรงพยาบาลอาจทำให้ต้องเพิ่มอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ในการดูแลอีกด้วย

ภาวะสับสนล้มลุกเป็นอาการแรกและอาการเดียวของโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่สำคัญและรักษาได้ ดังนั้นผลการรักษาจึงขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยให้ได้รวดเร็วและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุอย่างทันท่วงที ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและคุ้มค่า ช่วยลดความรุนแรงของอาการ ป้องกันความพิการอย่างถาวร และป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ โดยมีพยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันภาวะสับสนล้มลุก (Bergmann et al., 2005) ซึ่งการจัดการกับภาวะสับสนล้มลุกที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน การค้นพบและจัดการได้ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดตามมา การคัดกรองอาการของภาวะสับสนล้มลุกและการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Rockwood et al., 1994; Milisen et al., 2001) นอกจากนี้พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจึงมักสังเกตพบการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและเชาวน์ปัญญา (cognitive) ได้เร็วและดีกว่า พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน ป้องกัน และจัดการกับภาวะสับสนล้มลุก ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มลุก เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากภาวะสับสนล้มลุกเป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยและรุนแรงในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและเป็นสิ่งหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ค่อยรู้จัก (Ebersole et al., 2005) จากการศึกษาพบว่า ภาวะสับสนล้มลุกของผู้ป่วยไม่ได้รับการรับรู้หรือรู้จักถึงร้อยละ 66-84 (Inouye, 1994; Hustey & Meldon, 2002; Sanders, 2002) ร้อยละ 65 สำหรับแพทย์และร้อยละ 43 ของพยาบาลที่ไม่รับรู้ภาวะนี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลและมีการบันทึกอาการไว้เพียง

เล็กน้อย ไม่ถึงร้อยละ 50 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสับสนรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก (Foreman et al., 2001; Inouye et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Milisen et al. (2002) พบว่า แพทย์และพยาบาล ไม่ได้มีการบันทึกเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญา (cognitive function) ของผู้สูงอายุไว้ในบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้บ่อยครั้งที่พยาบาลได้พบกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน แต่ไม่รู้จักภาวะนี้ตั้งแต่เริ่มแรก จึงมิได้ประเมินอาการผู้ป่วย อาจเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน ทำให้ขาดความตระหนัก ภาวะสับสนฉับพลันจึงถูกมองข้าม เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดขึ้น อาจนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Inouye et al., 2001; Lemiengre et al., 2006) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการประเมิน อาจเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและวิธีการสืบค้นอาการของภาวะสับสนฉับพลัน อีกทั้งขาดการประสานงานกันในห้องสุขภาพเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ผิดปกติเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการ (Rapp et al., 2001; Litton, 2003; Miller, 2009) เนื่องด้วยลักษณะอาการของภาวะสับสนฉับพลันที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมาในระหว่างช่วงวัน โดยเฉพาะภาวะสับสนฉับพลันชนิด Hypoactive คือ ระดับความรู้สึกลดลง มีอาการง่วงซึม ซึ่งอาการจะดีขึ้นสลับเลวลงเป็นช่วง ๆ จึงทำให้การประเมินผู้ป่วยเพียงช่วงใดช่วงหนึ่งเพียงครั้งเดียวและใช้เวลาไม่นาน ทำให้ภาวะนี้ถูกมองข้ามไป (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552) และยังขาดบันทึกเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันไว้เป็นหลักฐาน (Irving et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Press et al. (2007) ที่ได้ศึกษาการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มาโรงพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลในประเทศอิสราเอลได้ ผลการศึกษาพบว่าในประวัติของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลัน มีเพียง ร้อยละ 12.5 ที่มีการประเมินสภาวะจิตใจโดยแพทย์แผนกฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ความรู้เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร การให้ความรู้เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย โดยจะก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ดีและเป็นประโยชน์ (Goldrick & Turner, 1995) การให้ความรู้หรือวิธีการจัดการความรู้มีหลายวิธี เช่น การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งการบรรยายเป็นวิธีการที่สะดวก ใช้กับผู้เรียนจำนวนมาก ผู้สอนดำเนินการคนเดียว ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อย การสาธิตเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีปฏิบัติได้ดี เพราะได้รับประสบการณ์ตรง วิธีนี้ไม่เหมาะกับผู้เรียนกลุ่มใหญ่เกินไป ส่วนการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวาง แต่มีข้อจำกัดคือ เป็นการเรียนรู้ที่ใช้เวลามาก กรณีที่

ผู้เรียนไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม การอภิปรายอาจไม่ได้ผล (สุวิทย์ มูลคำ และ อรทัย มูลคำ, 2547) วิธีการจัดการเรียนรู้ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการสอน หรือให้ความรู้แก่พยาบาลในคลินิก (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543) สำหรับวิธีการเรียนรู้ของพยาบาลในคลินิกส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ โดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงดูแล เช่น พยาบาลที่จบการศึกษาใหม่จะมีพยาบาลประจำการผู้อาวุโสและมีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล จากการศึกษาของ พิมพา ปันตัน (2547) ได้ใช้วิธีการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง สอดคล้องกับ Faezah et al. (2008) กล่าวว่า “การให้ความรู้และการแนะนำให้ใช้ขั้นตอนการปฏิบัติ (algorithm) เกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันจะช่วยเพิ่มความตระหนักของพยาบาลได้” ดังนั้นการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน น่าจะช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันที่ตามมา

สำหรับการสอนแนะ (coaching) เป็นกลวิธีในการสอนหรือการให้ความรู้อย่างหนึ่ง และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาลเป็นการช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน (Girvin, 1999) การสอนแนะไม่เพียงช่วยในการปรับปรุง พัฒนาการปฏิบัติงานของบุคลากรเท่านั้น หากยังเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรแสดงความสามารถที่มีอยู่ โดยมีโค้ชหรือผู้ฝึกสอนช่วยสนับสนุน ชี้แนะให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิมของผู้เรียนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันนำไปสู่การพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น (Grealish, 2000; Redshow, 2000; Spross, 2005) สอดคล้องกับ อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์ (2548) ที่กล่าวว่า “การสอนแนะถือเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี หรือทางบวก (positive change) กับตัวลูกน้องและหัวหน้างานโดยตรง” และจากการศึกษาของ เรไร พงศ์สถาพร และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมง และครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในแต่ละปีจำนวนมาก จากสถิติการรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2550-2551 พบว่า เป็นผู้ป่วยสูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 36.8 และ 38.1 ตามลำดับ และพบเป็นผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรมจำนวนเกือบครึ่ง คือ คิดเป็น ร้อยละ 45.9 และ 47.1 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและ



สถิติ, 2550-2551) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งภาวะสับสนล้มป่วนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล (Schofield, 2008) สำหรับหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยมากที่สุดในบรรดาหอผู้ป่วยอายุรกรรมอื่น ๆ และจากสถิติการรับผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2551 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 50 และพบผู้ป่วยมีอาการสับสนล้มป่วนแต่พยาบาลยังไม่รู้จักภาวะสับสนล้มป่วนดีพอ ทำให้ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังและป้องกัน และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความชุก อุบัติการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาปัจจัยทำนาย ยังไม่พบว่า มีการศึกษาในลักษณะการจัดกระทำทางพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของ โปรแกรมการสอนแนะ เพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วนต่อพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยได้นำแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และรูปแบบการจัดกระทำหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) ที่เป็นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนล้มป่วน 6 ปัจจัย คือ 1) เชื้อราในปอด 2) การสูญเสียการนอนหลับ 3) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 4) ความพร่องในการมองเห็น 5) ความพร่องในการได้ยิน และ 6) ภาวะขาดน้ำ มาสร้างเป็น โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุ คาดว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้พยาบาลเกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการประเมิน การค้นหาภาวะสับสนล้มป่วนตั้งแต่แรกเริ่ม โดยการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงและให้การพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงซึ่งหมายถึง การป้องกันการเกิดภาวะสับสนล้มป่วนในผู้ป่วยสูงอายุ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนล้มป่วนในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือนแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน แตกต่างกันหรือไม่
3. การเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน แตกต่างกันหรือไม่
4. การเกิดภาวะสับสนล้มปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน แตกต่างกันหรือไม่

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การให้ความรู้เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้นำความรู้มาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย โดยจะก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ดีและเป็นประโยชน์ (Goldrick & Turner, 1995) ผลลัพธ์ของการเรียนรู้เรื่องใดก็คือ ความรู้ (knowledge) ในเรื่องนั้น การเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านสมอง การกระทำและประสบการณ์ โดยเกี่ยวข้องกับความจำ ความเข้าใจ การนึกคิด การรับรู้ การวิเคราะห์และการแก้ปัญหา การเรียนรู้ในเรื่องใดสามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การกระทำที่มีกระบวนการทางความคิดมาเกี่ยวข้องพร้อมกับการปฏิบัติ เพื่อเกิดข้อสรุปที่เป็นการเรียนรู้ ความเข้าใจ และสามารถทำได้ (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543; สุพัตรา ชาติบัญญัติ, 2549) การที่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ หรือการฝึกหัด และพฤติกรรมที่เป็นอย่างถาวรหรือค่อนข้างถาวร จึงเรียกว่า เกิดการเรียนรู้ และระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลมีการเรียนรู้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้น (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543) ซึ่งช่วงระยะเวลาในประเมินซ้ำควรห่างกันอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และ วัลยา คุโรปรณ์พงษ์, 2536) การสอนแนะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการ

ปฏิบัติงาน ช่วยพัฒนาส่งเสริมและปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยให้พยาบาลได้ฝึกทักษะ โดยมีผู้ฝึกสอนทำหน้าที่ให้การสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรงให้เกิดความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมจากประสบการณ์เดิมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น (Girvin, 1999; Grealish, 2000; Lachman, 2000) ซึ่งแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาลเป็นการช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน 2) การวางแผนการแก้ปัญหา หรือการปฏิบัติกิจกรรม 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติที่วางไว้ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม Inouye et al. (1999) ได้ศึกษา พบว่า การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน 6 ปัจจัย คือ 1) เซอาน์ปัญญาบกพร่อง 2) การสูญเสียการนอนหลับ 3) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 4) ความพร่องในการมองเห็น 5) ความพร่องในการได้ยิน และ 6) ภาวะขาดน้ำ สามารถลดการเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ร่วมกับรูปแบบการจัดการกระทำหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) มาสร้างเป็น โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ซึ่งการที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในทางบวก คือ ให้ความร่วมมือและยินดีรับฟังคำแนะนำ (Schutz, 1998) ส่งผลให้พยาบาลสามารถเข้าใจเนื้อหาความรู้ หรือคำแนะนำของผู้สอนแนะได้ดีและสามารถประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อการวางแผนการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่พยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้

2. ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ ตามความรู้และประสบการณ์เดิมของพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543)

3. การวางแผนในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมขอบเขตของการปฏิบัติและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการปรับฐานความรู้ ประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การวินิจฉัย

แยกโรคและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มพลันในผู้สูงอายุ โดยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนล้มพลัน 6 ปัจจัยตามแนวคิดของ Inouye et al. (1999) คือ เซาว์นปัญญาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร่องในการมองเห็น ความพร่องในการได้ยิน และภาวะขาดน้ำ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาเป็นกลยุทธ์ในการจัดกระทำได้ในบริบทของการปฏิบัติในโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาของ Inouye et al. (1999) พบว่า ในกลุ่มที่มีการทดลอง มีการพัฒนาที่ดีขึ้นในการเกิดภาวะสับสนล้มพลันคิดเป็น ร้อยละ 9.9 เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 15 จำนวนวันที่เกิดภาวะสับสนล้มพลันลดลง และจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนล้มพลันลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

4. การฝึกปฏิบัติ มีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้องทบทวนหรือสาธิตซ้ำเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ พิมพา ปันตัน (2547) ได้ใช้วิธีการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ทักษะและเกิดการปฏิบัติการสวนปัสสาวะและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง

5. ประเมินผลการปฏิบัติ พยาบาลประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้นรวมถึงการกระตุ้นพยาบาลว่าได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ คืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ครั้งที่ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) กล่าวไว้ว่า การประเมินผลเป็นองค์ประกอบที่ช่วยทำให้ผู้สอนและผู้เรียนทราบว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ผู้เรียนเกิดสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนสามารถแก้ไขข้อบกพร่องได้ตรงจุด

6. ประเมินผลการเกิดภาวะสับสนล้มพลันในผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนล้มพลันในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะ

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มพลันหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

2. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที

3. การเกิดภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one-group repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล และการเกิดภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการสอนแนะการป้องกันภาวะสับสนนับปล้น** หมายถึง แผนการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุ เป็นรายบุคคล เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะการปฏิบัติของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สอนแนะ ทำหน้าที่ในการชี้แนะ แนะนำ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้แผนการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสอนแนะและทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

2. ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นในผู้สูงอายุ

3. ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันการวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตและวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติเป็นแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สอน ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับ

และให้ความรู้ หรือข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ เช่น ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ โดยที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น พร้อมทั้งแจ่มใสการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุเพื่อให้พยาบาลนำกลับไปทบทวน

4. พยาบาลฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำและให้ความรู้เพิ่มเติมเมื่อพบว่ายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

5. การประเมินผลการปฏิบัติ โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงผู้วิจัยกระตุ้นพยาบาลว่าได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ คืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไปและหากพยาบาลไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยทำการชี้แนะ สอนจนกว่าสามารถทำได้

6. ประเมินการเกิดภาวะสับสนล้มลงในผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลรับผิดชอบ ใช้แบบประเมินภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะ

**พฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลง** หมายถึง กิจกรรมการให้การพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลง ประเมิน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มลงของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนล้มลงของผู้สูงอายุของ Inouye et al. (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม คือ

1. การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา (cognition) หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมกระตุ้นความจำ การรับรู้ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ จินตนาการ และความคิดของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การซักถามผู้ป่วย หรือแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ชวนผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน หรือให้ผู้ป่วยเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีต การเล่นเกมส์

2. การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุให้นอนหลับได้ดีขึ้น โดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนการนอน การดื่มนมหรือน้ำอุ่น ๆ ก่อนนอน

3. การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง การลุกเดิน การออกกำลังกายบริหารข้อต่อต่าง ๆ

4. การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมถึงการค้นหาสาเหตุความบกพร่องของการมองเห็น ได้แก่ การช่วยเหลือในการจัดหาแว่นตาหรือแว่นขยาย การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการเขียนหนังสือตัวใหญ่ ๆ เพื่อให้มองเห็นได้ชัด

5. การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยิน หมายถึง กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถได้ยินชัดเจนยิ่งขึ้น รวมถึงการค้นหาสาเหตุความบกพร่องของการได้ยิน ได้แก่ การช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยฟัง การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พูดช้า ๆ ชัด ๆ ด้วยน้ำเสียงไม่สูงหรือต่ำเกินไป

6. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ หมายถึง กิจกรรมที่ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประมาณ 1,500-2,000 ซี.ซี.ต่อวัน (หากไม่มีข้อห้าม) รวมถึงการติดตามประเมินภาวะขาดน้ำ โดยการประเมินจากสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย (Intake-output) สภาพความชุ่มชื้นและความยืดหยุ่นของผิวหนัง เป็นต้น

**ภาวะสับสนในผู้สูงอายุ** หมายถึง การเกิดความบกพร่องของสมองที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา ความจำบกพร่องและมีการรับรู้ผิดปกติ คือ มีความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) มีความผิดปกติในการใช้ภาษา และมีความผิดปกติของความรู้สึกโดยเป็นการลดลงของความสามารถในการให้ความตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention) ซึ่งความผิดปกตินี้ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมา (fluctuate) ในระหว่างวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนฉบับภาษาไทย (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) ที่ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก และคณะ (2544) ได้แปลและพัฒนาจากแบบประเมินของ Trzepacz et al. (1988) โดยนับเป็นจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนฉบับภาษาไทยในเวลาที่พยาบาลผู้ได้รับการสอนดูแลดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

**ผู้สอนแนะ** หมายถึง ผู้มีความรู้และทักษะในเรื่องการป้องกันภาวะสับสนฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ทั้งการปฏิบัติงานในคลินิกและจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินปัญหา เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในคลินิก และมีกระบวนการคิด การตัดสินใจที่ดี มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีทักษะในการสื่อสาร ผู้สอนแนะมีหน้าที่ให้คำชี้แนะ แนะนำ ให้

ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้เรียนและผู้สอนณะในการศึกษานี้ คือ ผู้วิจัย

พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการสอนณะสำหรับพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการนำรูปแบบการสอนณะไปใช้ในการพยาบาลในบริบทอื่น ๆ ต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะสับสนฉับพลัน (Delirium)
  - 1.1 ความหมายของภาวะสับสนฉับพลัน
  - 1.2 ภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ
  - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสับสนฉับพลัน
  - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนฉับพลัน
  - 1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนฉับพลัน
  - 1.6 การวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรคของภาวะสับสนฉับพลัน
  - 1.7 การป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน
2. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ
3. รูปแบบการจัดการกับภาวะสับสนฉับพลัน
4. การสอนแนะ
  - 4.1 ความหมายของการสอนแนะ
  - 4.2 ลักษณะงานของผู้สอนแนะ
  - 4.3 หลักการสอนแนะ
  - 4.4 ผลลัพธ์ของการสอนแนะ
  - 4.5 ขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะและการสร้างโปรแกรม
  - 4.6 ความรู้และการเรียนรู้
  - 4.7 พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล
  - 4.8 การสอนแนะกับการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน
  - 4.9 กระบวนการสอนแนะ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ

### 1. ภาวะสับสนฉับพลัน (Delirium)

ภาวะสับสนฉับพลันเป็นหนึ่งในภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ในบรรดาลักษณะการ แสดงอาการจากความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะเคลื่อนที่หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ การ พัดตกหกหล่น ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ และการเกิดแผลกดทับ อีกทั้งเป็นปัญหาที่พบ บ่อยในเวชปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2551) ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุมาก ๆ เมื่อปัญหาสุขภาพที่ค่อนข้างรุนแรงมักไม่แสดง อาการของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ เช่น ในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain) หรือปอดอักเสบ (pneumonia) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หรือเจ็บหน้าอกเวลาหายใจแรง ๆ แต่กลับถูกนำมาพบแพทย์ เพราะ ผู้ป่วยมีอาการสับสนวุ่นวาย เป็นต้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการ ประเมิน หรือการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หรือทำให้ ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันให้มากขึ้น

#### 1.1 ความหมายของภาวะสับสนฉับพลัน

วิจารณ์ วิชัชยะ และกฤษ ชื่นศิริ (2536) กล่าวว่า ภาวะสับสนฉับพลัน คือ ความสามารถ ที่จะคงความตั้งใจต่อการกระตุ้นจากภายนอกไว้ และความสามารถในการเปลี่ยนความตั้งใจจาก ตัวกระตุ้นเดิมไปยังตัวกระตุ้นใหม่จากภายนอกอย่างเหมาะสมลดลง และมีความคิดไม่เป็นระบบ ดังจะเห็นได้จากการแสดงโดยเรื่อยเปื่อย พูดโต้ตอบไม่ตรงเรื่องราว หรือการพูดไม่ปะติดปะต่อ กลุ่มอาการดังกล่าวจะทำให้ระดับการรู้สึกตัวลดลง การรับความรู้สึกผิดไป Sleep-wake cycle และ ระดับของ psychomotor activity แปรปรวน การรู้จักกาลสถานที่และบุคคลเสียไป มีความบกพร่อง ของความจำ

Eliopoulos (1995) ได้กล่าวถึงภาวะสับสนฉับพลัน คือ การรับรู้บกพร่อง ความจำ บกพร่อง มีความสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และสถานการณ์อย่างต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว

มีความคิดไม่ต่อเนื่อง บางครั้งเห็นภาพลวงตา ประสาทหลอน ลักษณะอาการที่ปรากฏ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สติจากซึมจนถึงนอนไม่หลับ หรือไม่ยอมนอน

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association [APA], 2000) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะสับสนนับปล้นขึ้น (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM - IV) โดยได้อธิบายภาวะสับสนนับปล้นว่ามีลักษณะเฉพาะ คือ

1) มีความผิดปกติของความรู้สึกรู้ตัว (disturbance of consciousness) การให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน โดยเป็นการลดลงของความสามารถในการให้ความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention)

2) มีการเปลี่ยนแปลงของเขาวนปัญญา (change in cognition) เช่น ความจำบกพร่อง (memory impairment) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) อาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นอยู่ เป็นอยู่เดิมหรือที่เป็นมากขึ้น

3) ความผิดปกตินี้ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมา (fluctuate) ในระหว่างวัน

4) มีหลักฐานจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พบว่า ความผิดปกตินี้มีสาเหตุมาจาก ผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ผลจากสารพิษ ผลจากการใช้ยา หรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน

จำลอง ดิษยวณิช และ มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542) กล่าวว่า ลักษณะสำคัญของภาวะสับสนนับปล้นมีดังนี้ คือ ความผิดปกติของการรู้สึกรู้ตัวและความใส่ใจ (disturbance of consciousness and attention) การเปลี่ยนแปลงของเขาวนปัญญา (change in cognition) และความผิดปกติของการรับรู้ (perceptual disturbance)

สมภพ เรื่องตระกูล (2547) ได้ให้คำจำกัดความ คือ ลักษณะที่มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ และการเข้าใจ โดยอาการเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ และมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมอง

จากคำอธิบายเกี่ยวกับภาวะสับสนนับปล้นข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะสับสนนับปล้น เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง เกิดความบกพร่องของสมองที่เกี่ยวข้องกับเขาวนปัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกรู้ตัวและมีการเปลี่ยนแปลงของเขาวนปัญญา ความจำบกพร่องและมีการรับรู้ผิดปกติ คือ มีความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) มีความผิดปกติในการใช้ภาษาและมีความผิดปกติของความรู้สึกรู้ตัวโดยเป็นการลดลง

ของความสามารถในการให้ความตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) การคงความตั้งใจ (sustain) หรือ การเปลี่ยนความตั้งใจ (shift attention) ซึ่งความผิดปกตินี้ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็น ชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมา (fluctuate) ในระหว่างวัน

## 1.2 ภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนจับปล้นเป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ เกิดได้ทั้งที่บ้าน สถาน บริบาล โรงพยาบาล และชุมชน พบในโรงพยาบาล ร้อยละ 10-30 แต่พบในผู้ป่วยสูงอายุที่มา โรงพยาบาลด้วยภาวะสับสนจับปล้น ร้อยละ 10-15 และร้อยละ 20-75 พบในระหว่างอยู่ โรงพยาบาล ส่วนในสถานบริบาล (nursing home) มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปี ขึ้น ไปถึง ร้อยละ 60 (APA, 2000) พบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่าง แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีมากถึง ร้อยละ 32 (Francis et al,1988 cited in Coffey & Cumming, 1994) และมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมถึง ร้อยละ 85 ที่อยู่ในโรงพยาบาลพบมีภาวะสับสน (Fick, Agostini & Inouye, 2002) จากการศึกษาของ Rockwood (1998) พบภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเจ็บป่วย หลายอย่างมีความบกพร่องของสมองที่เกี่ยวข้องกับเขาวนปัญญาเรื้อรัง (chronic cognitive impairment) และทำให้มีอัตราการตายสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Iseli et al., (2007) พบว่า ภาวะเขาวนปัญญากพร่อง เป็นตัวทำนายการเกิดภาวะสับสนจับปล้นอันหนึ่ง ความผิดปกติของ การรับรู้ (cognitive disorder) เป็นปัญหาสำคัญทางอายุรกรรมและจิตเวช และมีผลกระทบอย่างมาก ต่อผู้สูงอายุ ซึ่งความผิดปกติของเขาวนปัญญา เป็นสิ่งที่พบได้เสมอในผู้ป่วยที่ภาวะสับสนจับปล้น และภาวะสมองเสื่อม (Lipowski, 1993) พบภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลาย โรค หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดถึง ร้อยละ 80 (Twedell, 2005)

ในผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ดี เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะมีความสามารถในการ ทำหน้าที่ลดลง ทำให้พึ่งพาตนเองได้ลดลงถึง ร้อยละ 75 โดยมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยที่ทำให้ พลังงานสำรองลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเจ็บปวด และมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ร่างกาย (ชวลี แยมวงษ์, 2530) ร่วมกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มาก ๆ เมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ค่อนข้างรุนแรงมักจะไม่ได้แสดงอาการของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ เช่น ในรายที่มี Acute myocardial infraction หรือ Pneumonia ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ Chest pain หรือ Chest discomfort ไม่มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หรือเจ็บหน้าอกเวลาหายใจแรง ๆ หรือไอ แต่กลับถูก นำมาพบแพทย์เพราะผู้ป่วยมีอาการสับสนวุ่นวาย เป็นต้น บางครั้งทำให้แพทย์ผู้รักษามองข้ามไป และให้การรักษาล่าช้าจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2542) ผู้สูงอายุเพิ่ม

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนจับพัว เนื่องจากร่างกายมีพลังงานที่สำรองไว้ลดลง มีโรคร่วมหลายโรค มีภาวะสมองเสื่อม และรับประทานยาหลายตัว (Rapp, 2001) ภาวะสับสนจับพัวมักเกิดจากสาเหตุที่รักษาหรือป้องกันได้ ซึ่งถ้าได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรง ป้องกันความพิการอย่างถาวร ป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บและอาจทำให้สมรรถภาพสมองของผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้

### 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะสับสนจับพัว

ภาวะสับสนจับพัวพบได้ทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักจะมีอาการมักเกิดขึ้นแบบจับพัว ในระยะเวลาสั้น ๆ เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ระหว่างวัน ส่วนใหญ่จะมีอาการมากในช่วงเวลากลางคืนและดีขึ้นในช่วงกลางวัน (Miller, 2004; Thomson & Norman, 2006) อาการที่สำคัญ คือ ความใส่ใจและสมาธิลดลง ไม่สามารถสนทนาต่อเนื่อง ความคิดสับสนไม่ปะติดปะต่อ นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น การรับรู้ ความจำ การใช้ภาษา การไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล แสดงพฤติกรรมและคำพูดที่ไม่เหมาะสม (วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552; APA, 2000) ผู้ป่วยที่ภาวะสับสน จะเกิดอาการผิดปกติของหน้าที่สมองอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่จะมีประวัติภายใน 2 สัปดาห์ ความรุนแรงของอาการจะแตกต่างกันใน 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะมีอาการมากในช่วงเวลากลางคืน และดีขึ้นในช่วงกลางวัน (นิตยา ภาสุนันท์, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ นัดดา คำนิยม (2549) ที่พบว่าอาการของภาวะสับสนจับพัวเกิดขึ้นตั้งแต่เข้ารับการรักษาและเกิดสัปดาห์แรก ส่วนใหญ่เกิดในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักเกิดอาการในช่วงเวรบาย (16.00-24.00 น.) และช่วงเวรตึก (00.00-08.00 น.) และจากการศึกษาของ จินตนา สินธุสุวรรณ (2550) พบว่า ภาวะสับสนจับพัว ส่วนใหญ่พบอาการและอาการแสดงในช่วง 1-3 วันในผู้สูงอายุมักจะมีอาการที่บ่งชี้ หรืออาการเตือนก่อนการเกิดภาวะสับสนจับพัว โดยผู้สูงอายุอาจบอก หรือรายงานเกี่ยวกับอาการที่อาจเป็นอาการเตือนของภาวะสับสนจับพัว เช่น อาการเหนื่อยล้า สมาธิลดลง หรือไม่มีสมาธิ มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า อาจมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวข้องกับเขาวนปัญญา มีการรับรู้ผิดปกติ มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นด้วยแสงและเสียงมากเกินไป การนอนหลับผิดปกติ เช่น การนอนไม่หลับกลางคืน ไม่นอนหลับพักผ่อน มีอาการง่วงหงาวมากในช่วงกลางวัน (Davies, 1999; Cole, 2004)

นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น การรับรู้ ความจำ การใช้ภาษา การไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล แสดงพฤติกรรมและคำพูดที่ไม่เหมาะสม อาการแสดงที่มักพบได้บ่อยจะเป็น

แบบการจำได้ที่ผิด โดยมองเห็นหรือคิดว่าบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตนนั้นเป็นส่วนที่ตนคุ้นเคย เช่น อยู่โรงพยาบาลก็คิดว่าอยู่บ้าน บางครั้งก็คิดว่าเป็นบ้านเก่าที่เคยอยู่ตั้งแต่สมัยเด็ก ๆ ซึ่งในขณะนั้นไม่มีสถานที่นั้น ๆ อยู่แล้ว เมื่อเห็นว่ามีคนเดินมา ซึ่งอาจจะเป็นญาติของผู้ป่วยเตียงอื่นก็จะร้องเรียกหรือบอกว่าเป็นญาติของตน คนนั้น คนนี้ และบางครั้งบอกว่าเป็นญาติพี่น้องซึ่งในความเป็นจริงบุคคลเหล่านั้นได้เสียชีวิตไปแล้ว (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548) อาการอื่นที่พบคือ มีความผิดปกติในวงจรการหลับ-ตื่น มีอาการซึมหลับในช่วงกลางวัน นอนไม่หลับกระวนกระวายสับสน ในช่วงกลางคืน ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีอาการประสาทหลอน ส่วนใหญ่เป็นภาพหลอนมากกว่าอาการหูแว่ว โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน อาจแบ่งได้ 3 กลุ่มคือ (Stanley and Beare, 1995; APA, 2000)

1) Hyperactive form เป็นกลุ่มที่มีอาการอะอะ ก้าวร้าว อาจจะมีพูดหรือตะโกนเสียงดัง ผุดผุกผุดผ่อง พยายามจะปีนเตียงต่อต้านการรักษาต่าง ๆ เช่น ดึงสายสวนคาปัสสาวะ ดึงสายน้ำเกลือ เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีลักษณะการทำงานที่มากเกินไปของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous systems) ร่วมด้วย เช่น เหงื่อแตก มือสั่น หน้าแดง ชีพจรแรงและเร็ว เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วลักษณะผู้ป่วยที่แสดงอาการก้าวร้าว (agitation) มักพบในผู้ป่วยที่มี Delirium ซึ่งเป็นผลมาจากอัลกอฮอล์และยานอนหลับ โดยเฉพาะพวก Benzodiazepines และพบในผลลัพท์ตรงกันข้ามของ Anticholinergic drugs และ Drug intoxication พบผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ถึง ร้อยละ 30 (Ebersole et al., 2005)

2) Hypoactive form เป็นกลุ่มที่มีอาการตรงข้ามกับกลุ่มแรก คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการง่วงซึม หลับ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงถูกมองข้าม เพราะมักจะเงียบ ไม่ค่อยมีพฤติกรรมเรียกร้อง แต่จะอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และอาจเข้าใจผิดว่ามีภาวะซึมเศร้า พบผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 24 (Ebersole et al., 2005)

3) Mixed form มีลักษณะของทั้งสองกลุ่มแรก เปลี่ยนไปเปลี่ยนแปลงมา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมาก มักมีอาการอยู่ในกลุ่มนี้ พบผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 46 (Ebersole et al., 2005)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 30-90 พบว่า ยังคงมีอาการของภาวะสับสนฉับพลัน (Foreman et al., 2001) และผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลันอาจจะมีการกลับฟื้นหายเป็นปกติ หรือยังคงมีความเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ผู้ป่วยที่มีการกลับฟื้นหายเป็นปกติจะใช้เวลาก่อนข้างนาน (3-6 สัปดาห์) กว่าที่อาการของผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งจะมียังคงมีความเจ็บป่วยหลงเหลืออยู่ เช่น ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงหรือเดินไม่ได้ จึงมักไม่มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน มักจะอยู่ที่สถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลันส่วนใหญ่ (อาจมากถึง

ร้อยละ 55) จะมีความจำบกพร่องถาวร (Rummans et al., 1995) และภาวะสับสนจับปล้นอาจจะแสดงอาการที่ทำให้เห็นลักษณะของภาวะสมองเสื่อมชัดเจนมากยิ่งขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2548)

#### 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนจับปล้น

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน และไม่พบพยาธิสภาพที่จำเพาะในสมองของผู้ป่วยที่มีอาการสับสน ลักษณะภาวะสับสนจับปล้นที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยน่าจะเป็นผลมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น Acetylcholine, Dopamine และ G-Aminobutyric Acid (GABA) ความสมดุลของสารสื่อประสาทมีผลต่อกระบวนการหลับ-ตื่นและการเรียนรู้ สมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยผลการรักษาด้วย Haldol ซึ่งช่วยให้เกิดความสมดุลของ Dopamine และ Acetylcholine ในสมอง การสังเกตที่สนับสนุนว่ามีความผิดปกติของการส่งต่อสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก น่าจะเป็นกลไกของการเกิดภาวะสับสนจับปล้นซึ่งมีหลายประการ เช่น Hypoxia และ Hypoglycemia ที่ทำให้เกิดความบกพร่องของเมตาบอลิซึมในสมอง ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องในการสร้างสารสื่อประสาท Acetylcholine ผู้ป่วยที่เกิดความเป็นพิษจากสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิกจะมีอาการแสดงและ EEG แบบเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้น ซึ่งลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้จะกลับคืนมาเป็นปกติหลังจากให้ตัวยับยั้งการหลั่งสารโคลิเนอร์จิก (cholinesterase inhibitors) ระดับการรับรู้เกี่ยวกับเชาวน์ปัญญา (cognition) ของผู้ป่วยสัมพันธ์กับการทำงานของซีรัมด้านสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก Dopamine เป็นสารสื่อประสาทที่กระตุ้นเส้นประสาทให้เกิดการเคลื่อนไหวบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal cortex) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสมองส่วนหน้าเป็นบริเวณที่จะช่วยให้เกิดการคงไว้และเปลี่ยนความสนใจ ดังที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดครึ่งซีกจะมีอาการของภาวะสับสนจับปล้นด้วยและเมื่อให้การรักษาด้วยยาประเภท Neuroleptic agent ก็จะสามารถควบคุมอาการประสาทหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้นได้ ซึ่งช่วยสนับสนุนว่า Dopamine น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการเหล่านี้ สารสื่อประสาทอื่น ๆ และสารที่คาดว่ามันจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนจับปล้น ได้แก่ Serotonin, Histamine, Opioids และ Glucocorticoids สมมุติฐานอีกอย่างหนึ่งของการเกิดภาวะสับสนเชื่อว่าเป็นปฏิกิริยาจากความเครียด ทำให้มีระดับคอร์ติซอลในพลาสมาเพิ่มขึ้น และมีผลต่อสมอง (Liptzin, 1995; Stanley & Beare, 1995; APA, 2000; Inouye, 2006)

### 1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนล้มลุก

ภาวะสับสนล้มลุกเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะสับสนล้มลุกหลายประการ โดยจำแนกเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิม (predisposing factors) และปัจจัยกระตุ้น (precipitation factors) ในกลุ่มของปัจจัยที่มีอยู่เดิม เช่น มีอายุมาก โดยเฉพาะมากกว่า 80 ปี (Edlund, 2006; Tropea et al, 2008) มีภาวะสมองเสื่อม (Fick, Agostini & Inouye, 2002) มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่รุนแรง โรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น ส่วนปัจจัยกระตุ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย การจำกัดการเคลื่อนไหว การใส่สายสวนต่างๆ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาาร่วมกันหลายชนิด โดยเฉพาะการใช้ยาทางจิตเวช และในผู้สูงอายุการเกิดภาวะสับสนล้มลุกมักเกิดจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน (Inouye, 2006; Faezah et al, 2008; Kratz, 2008; Laurita et al., 2008) และจากการศึกษาของ นุชนาฏ แจ่มกระจ่าง (2007) พบว่า ภาวะสับสนล้มลุกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edlund et al. (2006) ที่พบว่าการเกิดภาวะสับสนล้มลุกขึ้นอยู่กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน

สามารถแบ่งสาเหตุการเกิดภาวะสับสนล้มลุกเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การอยู่ในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งการมองเห็นและการได้ยิน การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเขาวนปัญญา ความสามารถในการทำหน้าที่หรือทำกิจวัตรประจำวันเองได้ลดลงหรือจำเป็นต้องพึ่งพา มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมและภาวะสับสนล้มลุก มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Inouye, 1999; Furlaneto & Garcez-Lene, 2006; Van & Seitz, 2006)

2) ปัจจัยที่กระทำต่อสมองโดยตรงหรือมีการรบกวนทางสรีรวิทยา ประกอบด้วย โรคทางระบบประสาท เช่น โรคติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมอง ภาวะชัก โรคหลอดเลือดสมองและโรคทางร่างกายที่มีผลต่อสมอง ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ความผิดปกติเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบหายใจ การได้รับบาดเจ็บ โรคทางระบบประสาท โรคกระเริง ความผิดปกติของไต เช่น ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โรคไต และความผิดปกติที่เกี่ยวกับช่องท้อง เช่น โรคตับและความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่มีผลต่อสมอง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ อัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะขาดน้ำ ความไม่



สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะอุณหภูมิกายผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิสูงและต่ำ (Inouye, 1999; Eklund, 2006; Culp & Cacchione, 2006; Miller, 2008)

3) ปัจจัยทางเภสัชวิทยาจากการใช้ยาหลายชนิด ประกอบด้วย ภาวะพิษจากยา ภาวะถอนยา การใช้ยามากกว่า 4 ชนิด กลุ่มที่มีผลให้เกิดภาวะสับสนจับปล้นที่พบได้บ่อย ได้แก่ ยาสงบ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาต้านโคลิเนอร์จิก ยาต้านโรคซึมเศร้า ยาปฏิชีวนะ ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ไอ ยานอนหลับ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาสเตียรอยด์ เป็นต้น (บุศรา เอี้ยวสกุล และคณะ, 2545; Moran & Dorevitch, 2001; Clark & Halm, 2003; Kratz, 2008) ตัวอย่างยาที่พบได้บ่อยที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ แสดงดังนี้ คือ (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2542; Disayavanish & Furmaga, 1997; Burns, Gallagley & Byrne, 2004)

#### ยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

- ยากล่อมจิตประสาท/ยานอนหลับ เช่น Benzodiazepines (โดยเฉพาะ flurazepam, diazepam), hydroxyzines, chloralhydrate
- ยาแก้ปวด เช่น Barbiturates, carbamazepine, diazepam, phenytoin
- ยารักษาโรคพาร์กินสัน (กลุ่ม Anticholinergic drugs) เช่น Amantadine, benzotropine, levopoda, trihexyphenidyl

#### ยาระงับปวด

- Narcotics เช่น meperdine
- Nonnarcotics เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่กลุ่มสเตียรอยด์ (NSAID)

**Antihistamines** (กลุ่ม Anticholinergic drugs) เช่น hydroxyzine, diphenhydramine

#### ยาระบบทางเดินอาหาร

- Antispasmodics (กลุ่ม Anticholinergic drugs) เช่น Methanthelene, propanthelene,
- ยาต้านท้องเสีย เช่น belladoma (กลุ่ม Anticholinergic drugs), loperamine
- H<sub>2</sub>-antagonists เช่น cimetidine, ranitidine, famotidine, nizatidine
- ยาต้านอาเจียน เช่น scopolamine, dimenhydrinate

#### ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)

- Ciprofloxacin, penicillin, fluoroquinolone, acyclovir, amphotericin B, cephalixin, chloroquine

#### ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

- Tricyclic antidepressants เช่น Amitriptyline (กลุ่ม Anticholinergic drugs)

- Lithium

#### ยาที่ออกฤทธิ์ต่อหัวใจ

- Antiarrhythmics เช่น Procainamide, propranolol, quinidine

- Digitalis

- ยาลดความดันโลหิต เช่น Clonidine, methyl dopa, reserpine

- Nitrates

#### ยากลุ่มอื่น ๆ

- กลุ่มคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxants) เช่น Carisoprodol, diazepam

- สเตียรอยด์ เช่น Adrenocorticotrophic hormone, glucocorticosteroids

- ยาต้านวัณโรค (Antituberculosis agents) เช่น Isoniazid, rifampin

- Antineoplastic เช่น 5-fluorouracil, cytotoxic chemotherapeutic agents

- กลุ่ม Neuroleptics เช่น chlorpromazine, haloperidol, thioridazine (กลุ่ม Anticholinergic drugs)

- ยาแก้ไอ

- ยาที่มีแอลกอฮอล์ผสม

4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ภาวะไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ได้ การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายจากการรักษาและยาที่ได้รับ การใส่สายสวนต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคยหรือสมาชิกครอบครัว มีการแยกตัวหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย มีการย้ายเตียง หรือเปลี่ยนห้อง สถานที่พักและการอยู่ในสถานพยาบาลอื่นก่อนมาเข้ารับการรักษา เช่น อยู่ในห้องไอซียู (Burns et al., 2004; Sheng et al., 2006)

### 1.6 การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคของภาวะสับสนจับปล้น

ภาวะสับสนจับปล้นเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เกิดขึ้นจากปัจจัยร่วมหลายประการ ทำให้การวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบของเกณฑ์การวินิจฉัยหลายประการ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนจับปล้นที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับโดยทั่วไปทั้งในทางคลินิกและการวิจัย คือ เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา มีรายละเอียด ดังนี้

**เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association: APA, 2000) โดยใช้เกณฑ์ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV)**

1) มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว การให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน โดยมีการลดลงของความสามารถในการให้ความสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การคงไว้ หรือการเปลี่ยนความตั้งใจ

2) มีการเปลี่ยนแปลงของปัญญา เช่น ความจำบกพร่อง ความบกพร่องในการรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล อาการประสาทหลอน ความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อมที่เป็นอยู่ เป็นอยู่เดิม หรือที่เป็นมากขึ้น

3) ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างวัน

4) มีหลักฐานจากประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าความผิดปกตินี้มีสาเหตุ คือ ผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ผลจากสารพิษ ผลจากการใช้ยา และมีหลายสาเหตุร่วมกัน

บ่อยครั้งที่ให้การวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสับสนจับปล้นว่ามีภาวะสมองเสื่อม และซึมเศร้า เนื่องจากมีอาการแสดงคล้าย ๆ กัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย หากมีเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยที่สามารถเป็นไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสะดวกต่อการนำมาใช้น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะสับสนจับปล้นได้

การสืบค้นที่ควรทำในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้นทุกราย คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, ESR, Blood chemistry (Electrolyte, calcium, phosphate, liver function test, glucose) BUN, Cr, UA การตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ที่อาจต้องทำร่วมด้วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เช่น Blood gas, chest x-ray, EKG, CT scan (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551; Peck, 2005)

**การวินิจฉัยแยกโรค** เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยที่เห็นได้ชัดเจน คือ ความผิดปกติทางระดับเชาวน์ปัญญา (cognition) รวมทั้งอาการผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและด้านอารมณ์ ดังนั้นจึงต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะสมองเสื่อม (dementia), ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสับสนจับปล้น (delirium) แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการซ้อนกันระหว่าง Dementia และ Delirium แต่อย่างไรก็ตาม การที่จะให้การวินิจฉัยภาวะ Dementia ในผู้ป่วยรายใดควรจะต้องติดตามดูผู้ป่วยไปหลาย ๆ เดือน เพราะการฟื้นหายเป็นปกติของภาวะ Delirium อาจใช้เวลาหลายเดือน เกณฑ์การวินิจฉัยแยกภาวะ Delirium, Dementia และ Depression ดังแสดงในตารางที่ 1 (Harkness & Dincher, 1996)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะเปรียบเทียบทางคลินิกของ Delirium, Dementia และ Depression

ลักษณะเฉพาะ	Delirium	Dementia	Depression
- Onset	- เร็ว (ชั่วโมง-วัน)	- ช้า (เดือน-ปี)	- ค่อนข้างเร็ว (สัปดาห์-เดือน)
- อาการใน 24 ชั่วโมง	- ไม่แน่นอน มักเป็นมากกลางคืน	- คงที่	- คงที่
- พฤติกรรมการเคลื่อนไหว	- อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง	- กระสับกระส่าย ช้า	- ซึมเฉย ช้า
- ความรู้สึกตัว	- มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว	- รู้สึกตัว	- รู้สึกตัวดี
- อารมณ์	- กลัว สงสัย ไม่แน่ใจ	- ไม่คงที่ เศร้า	- เศร้า ความรู้สึกทางลบ
- การพูด	- พูดซ้ำ หรือพูดเร็ว	- นึกคำที่จะพูดไม่ออก พูดขาดเป็นช่วง ๆ	- พูดชัดเจน พูดซ้ำ พูดทางลบ พูดเสียงเบา เรียกร้อง
- ความคิด	- ประสาทหลอน ภาพหลอน	- คิดเกี่ยวกับอดีต สงสัย ไม่แน่ใจ ประสาทหลอน	- ความคิดด้านลบ เกี่ยวกับตนเอง แรงจูงใจลดลง
- ความจำ	- บกพร่อง ความใส่ใจลดลง	- สูญเสียไป ระยะแรก จำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ได้ ระยะหลังจำไม่ได้เลย	- อาจลดลงจากความรู้สึกสูญเสีย
- สถิติปัญหา	- ความสามารถในการแก้ปัญหาไม่แน่นอน	- บกพร่อง ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เคยเรียนรู้ในอดีตได้	- ดี อาจตอบสนองช้า
- เวลา สถานที่ บุคคล	- สูญเสีย	- ไม่รู้เวลาเป็นอันดับแรก ต่อมาสูญเสียการรับรู้สถานที่และบุคคล	- ดี
- การตัดสินใจ (ความสามารถในการประเมินสถานการณ์)	- ไม่แน่นอน	- บกพร่อง ไม่สามารถใช้ประสบการณ์เดิมได้	- ดี ยกเว้นการประเมินตนเอง

แหล่งที่มา : Harkness & Dincher (1996)

## การประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

การประเมินภาวะสับสนฉับพลันที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง โดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญานั้น แบบประเมินสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทตามวัตถุประสงค์การใช้ คือ 1) แบบประเมินที่ใช้เพื่อการสำรวจและการวินิจฉัย และ 2) แบบประเมินที่ใช้เพื่อวัดความรุนแรงของอาการ

1. แบบประเมินที่ใช้เพื่อการสำรวจและการวินิจฉัย ประกอบด้วย แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเขาวนัญญาและแบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน

1.1 แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลัน เช่น The Thai Delirium Rating Scale (TDRS), The Delirium Assessment Scale (DAS), The Confusion Assessment Method (CAM), The NEECHAM Confusion Scale, The Delirium Symptom Interview (DSI), The Delirium Rating Scale (DRS) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; Ebersole et al., 2005) ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดของแบบประเมินบางแบบ ดังนี้

**แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันฉบับภาษาไทย (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS)** เป็นแบบประเมินที่ สมบัติ ศาสตรร์ุ่งกัก และคณะ (2543) ได้แปลจากแบบประเมิน Delirium Rating Scale (DRS) ของ Trzepacz et al. (1988) และปรับปรุงขึ้นเพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย โดยได้ปรับเนื้อหาบางส่วน เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้นในการประเมินมีวัตถุประสงค์เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนฉับพลัน แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อเช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 สมบัติ ศาสตรร์ุ่งกัก และคณะ มีความเห็นว่าแบบประเมิน TDRS เป็นแบบประเมินที่มีความแม่นยำสูง มีความไวและความจำเพาะสูง แต่มีข้อจำกัดในข้อที่ 2, 3, 4 และ 9 ของแบบประเมิน เนื่องจากมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับต่ำ เนื้อหาบางส่วนยากต่อการทำความเข้าใจ ดังนั้นจึงได้ปรับปรุงแบบประเมิน TDRS โดยลดเหลือ 6 ข้อคำถาม ซึ่งมีความสอดคล้องภายในระดับสูง สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีภาวะสับสนฉับพลันได้ในเวลาสั้น สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนฉับพลันได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และใกล้เคียงกับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ก่อนข้างสูงมากและยังสามารถแยกภาวะสับสนฉับพลันออกจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกับภาวะสับสนฉับพลันได้เป็นอย่างดี

1.2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเขาวนัญญา เพื่อใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค ภาวะสมองเสื่อมจากภาวะสับสนฉับพลัน เช่น แบบประเมิน Mini-Mental State Examination (MMSE) แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-T) แบบประเมิน Mini-Mental State Examination ฉบับภาษาไทย (TMMSE) และ

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Ebersole et al., 2005) ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอรายละเอียดของแบบประเมินบางแบบ ดังนี้

**แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-T)** ซึ่งเป็บบแบบประเมินฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 แปลจากแบบประเมิน MMSE โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) โดยคงแก่นและความหมายของแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ต้นฉบับภาษาอังกฤษไว้แบบ one-to-one matching โดยการเจาะลึกให้ถึงแก่นแท้ของคำถามแต่ละคำถามทั้ง 11 ข้อ คงความหมายดั้งเดิมทางภาษาและวัฒนธรรมทางภาษาของคำถามนั้นไว้ ไม่มีการตัด การเติม การปรับเปลี่ยนคำถามแต่ละคำถาม การประเมินใช้เวลาไม่นานประมาณ 10-20 นาที ไม่มีข้อจำกัดเรื่องระดับการศึกษา เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมและคุ้มค่าในการนำไปใช้ แต่สามารถใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้สูงอายุได้ดี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

**แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)** แบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 เป็นแบบคัดกรองในการประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญาในด้าน ๆ คือ ด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ด้านความจำ ด้านความสนใจและการคำนวณ ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกของภาษา ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม แบบประเมินนี้มีความไวและความจำเพาะสูง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์น้อย ไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับการศึกษาและความสามารถในการเขียน แต่ในแบบประเมินนี้ไม่ได้มีการอธิบายถึงระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญาในระดับต่ำ หรือปานกลางไว้อย่างชัดเจน (วรพรรณ เสนาณรงค์ และคณะ, 2541)

2. แบบประเมินที่ใช้เพื่อวัดความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วย The Confusional State Evaluation (CSE) The Delirium Index (DI) และ The Delirium Severity Scale (DSS) (Robertsson, 2002 อ้างถึงใน นัดดา คำนิยม, 2549)

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนลับพลันจะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมอง โดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญา (global cognitive impairment) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกรู้ตัว มีการเปลี่ยนแปลงของเชาวน์ปัญญา (cognitive) หรือมีการรับรู้ผิดปกติ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับเชาวน์ปัญญา (cognitive function) ของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงของเชาวน์ปัญญา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวินิจฉัยอาการ ได้ตั้งแต่เริ่มแรกและสามารถจัดการเพื่อป้องกันภาวะสับสนลับพลัน

หากพบผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการของภาวะสับสนจับปล้นหรือไม่ การใช้แบบประเมินภาวะสับสนจับปล้นสามารถช่วยในการวินิจฉัยภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยได้

### 1.7 การป้องกันภาวะสับสนจับปล้น

หลักการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นที่ดีที่สุดคือ การลดหรือการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยทำแบบเชิงรุก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีความบกพร่องของการมองเห็นหรือการได้ยิน ถูกรบกวนการนอนหลับ เป็นต้น สิ่งสำคัญคือ ต้องมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตามประเมินอาการและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาพบว่า ภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบในสัปดาห์แรกของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะช่วง 1-3 วันแรก (นัคดา คำนิยม, 2549; จินตนา สินธุสุวรรณ, 2550) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในช่วงนี้จะสามารถป้องกันภาวะสับสนจับปล้นได้ การป้องกันการเกิดภาวะสับสนจับปล้นมีดังนี้ (อรพินท์ สีขาว, 2546; วาสนา ชนเศรษฐ และคณะ, 2550; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552; Mezey, Fulmer & Abraham, 2003; Miller, 2009)

1.7.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนจับปล้น เพื่อวางแผนการป้องกัน

1.7.2 ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน สถานพยาบาลและในโรงพยาบาล ให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ

1.7.3 กระตุ้นสติปัญญาและสังคม ส่งเสริมการรับรู้ เช่น การติดปฏิทินและนาฬิกาในห้อง จัดให้มีของใช้ที่คุ้นเคย มีเครื่องช่วยฟังและแว่นตา หรือแว่นขยายสำหรับผู้ที่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น เพื่อได้รับรู้ข้อมูลจากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือได้พูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ สื่อสารโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย พูดช้า ๆ ชัด ๆ ไม่วกวน

1.7.4 สนับสนุนญาติในการสนทนากับผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่ บุคคลและเหตุการณ์ปัจจุบัน

1.7.5 ให้ความรู้และการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้เรื่องโรค การติดต่อสื่อสาร การแนะนำสถานที่และการช่วยเหลือด้านการปรับตัว

1.7.6 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ควรให้นอนมากเกินไป

1.7.7 หลีกเลี่ยงการผูกมัด หากจำเป็นควรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการผูกมัด

1.7.8 หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือประสานกับแพทย์เพื่อวางแผนนำออกโดยเร็ว

1.7.9 หากผู้สูงอายุมีความปวด ประเมินความรุนแรงของอาการปวด ดูแลจัดการความปวดอย่างเหมาะสม เพื่อลดอาการปวดและประเมินประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากความปวดเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสับสนล้มปัดได้ (Ebersole et al., 2005)

1.7.10 หลีกเลี้ยงการรบกวนการนอนหลับ ดูแลให้ผู้สูงอายุพักผ่อนให้เพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้อือต่อการนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดระดับเสียง หรืออาจจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่เงียบสงบ

## 2. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปัดในผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนล้มปัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจมีความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บ่อยครั้งที่พยาบาลได้พบกับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนล้มปัด แต่ไม่รู้จักภาวะนี้ตั้งแต่เริ่มแรกจึงมิได้ประเมินอาการผู้ป่วยอาจเนื่องจากขาดความรู้ที่จำเป็นและขาดความตระหนัก ภาวะสับสนล้มปัดจึงถูกมองข้ามหรือไม่ได้รับการวินิจฉัย (Inouye et al., 2001; Lemingre et al., 2006) พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญทั้งในการป้องกันโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้น้อยลง การค้นหาภาวะสับสนตั้งแต่ระยะแรก ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว และแม้ันมีอาการสับสนเกิดขึ้นแล้ว พยาบาลก็ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ช่วยลดอาการสับสนให้น้อยลง รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้ การเป็นผู้สอนแนะเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล ซึ่งต้องมีคุณสมบัติและความสามารถพิเศษเพื่อการเป็นผู้สอนแนะ หรือ โค้ชที่ดี Spross (2005) กล่าวถึงผู้สอนแนะในคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ว่าควรมีความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความสามารถด้านเทคนิค (Technical competence) ผู้สอนแนะควรมีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษ ทั้งนี้เพราะงานของการสอนแนะเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ดังนั้นผู้สอนแนะจึงต้องมีวุฒิปัตร หรือประกาศนียบัตรรับรองจากการศึกษาอบรมในหลักสูตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระดับบัณฑิตศึกษาและต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกในระยะก่อนและหลังการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา



2. ความสามารถด้านคลินิก (clinical competence) ผู้สอนแนะนำควรมีประสบการณ์ทั้งการปฏิบัติงานในคลินิกและจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อการพัฒนาทักษะในการประเมินปัญหาเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในคลินิกและมีกระบวนการคิด การตัดสินใจที่ดี

3. ความสามารถด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competence) ผู้สอนแนะนำควรมีทักษะการสื่อสาร มีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์

ดังนั้น พยาบาลควรทำหน้าที่ในบทบาทของตนให้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนล้มลุกคลุกคลาน การจัดการในเรื่อง การปรับสภาพแวดล้อม การสนับสนุนด้านร่างกาย และการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้ (วาสนา ชนเศรษฐ, 2550; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2552; Inouye et al., 1999; Nazarko, 2002; Peek, 2005; Linton & Lach, 2007; Tropea et al., 2008)

1. มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนล้มลุกคลุกคลานของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ใช้เครื่องมือในการประเมิน Cognitive function เช่น The Mini-Mental State Examination-Thai (MMSE-T) ประเมินภาวะสับสนล้มลุกคลุกคลานโดยใช้ The Thai Delirium Rating Scale (TDRS) หรือ Confusion Assessment Method (CAM) พร้อมทั้งบันทึกอาการของผู้ป่วย และผลการประเมินลงในบันทึกทางการพยาบาล

2. จัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการประเมินให้หมดไปโดยเร็ว เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ/สูง ใช้ การติดเชื้อ เป็นต้น โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา สารน้ำ และเกลือแร่ตามแผนการรักษา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เฝ้าระวังการขาดน้ำจากการงดน้ำ และอาหาร

4. ทบทวนการใช้ยาร่วมกับแพทย์ จากระายงานของผู้ป่วยทุกวัน

5. การให้ความรู้ และช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น ความรู้เรื่องโรค การติดต่อสื่อสาร การแนะนำสถานที่ และการช่วยเหลือด้านการปรับตัว

6. การสื่อสาร หรือให้ข้อมูลซ้ำโดย

6.1) สนับสนุนญาติในการสนทนากับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ปัจจุบัน

6.2) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับรู้ และผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น มีนาฬิกาติดผนัง ปฏิทินไว้ในห้องผู้ป่วย

6.3) แนะนำให้ญาตินำของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นประจำมา เช่น นาฬิกาข้อมือ ผ้าเช็ดตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย

6.4) ให้การพยาบาลในระบบการดูแลอย่างเนื่อง หรือการพยาบาลระบบเจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยให้ความร่วมมือในการพยาบาล

7) แก้ไขความบกพร่องของการมองเห็น และการฟัง

7.1) จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการรับรู้และการสื่อสาร เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง

7.2) ค้นหาสาเหตุความบกพร่องของการได้ยิน และจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม

7.3) ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย พูดช้า ๆ ชัด ๆ ไม่วกวน หรืออาจใช้ล่ามเมื่อจำเป็น

8) กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว

8.1) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Range of motion: ROM) และการลุกจากเตียง หลีกเลี่ยงการจำกัดกิจกรรมผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา

8.2) จัดกิจกรรมกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยินเสียง การมองเห็น การสัมผัส กลิ่น และรส โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับการพยาบาลประจำวัน

8.3) หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือประสานกับแพทย์เพื่อวางแผนนำออกโดยเร็ว

8.4) หลีกเลี่ยงการผูกมัด ถ้าจำเป็นใช้ ควรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการผูกมัด

9) การจัดการความปวดอย่างเหมาะสม เนื่องจากความปวดเป็นปัจจัยส่งเสริมหนึ่งที่ทำให้มีภาวะสับสน

10) ส่งเสริมการนอนหลับและการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยวิธีไม่ใช่ยา

10.1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืน ลดการรบกวนจากหัตถการบางชนิด จัดเวลาในการแจกยาก่อนนอนให้เหมาะสมไม่รบกวนการนอน

10.2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดระดับเสียง หรืออาจจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในมุมที่เงียบสงบ

10.3) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความตึงเครียดและส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การนวด การสัมผัส การฟังเพลง เป็นต้น

### 3. รูปแบบการจัดการกับภาวะสับสนจับปล้น

รูปแบบการจัดการกับภาวะสับสนจับปล้นมีหลายวิธี สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 การจัดการกับความเสี่ยง โดยเป็นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนจับปล้น เช่น เซาว์นั้บ้ญญาบพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การมองเห็นหรือการได้ยินบกพร่อง เป็นต้น ซึ่งสามารถลดการเกิดภาวะสับสนจับปล้นหรือลดความรุนแรงของอาการ ได้ (Inouye et al., 1999; Holroyd-Leduc, Khandwala & Sink, 2010)

รูปแบบการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนจับปล้น ของ Inouye et al. (1999) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย คือ เซาว์นั้บ้ญญาบพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร่องในการมองเห็น ความพร่องในการได้ยิน และภาวะขาดน้ำ ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาเป็นกลยุทธ์ในการจัดกระทำได้ในบริบทของการปฏิบัติในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำมาประกอบในการสร้างโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

3.2 การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้น รวมถึงการประเมิน การวินิจฉัยและการป้องกัน (Tabet et al., 2005; Featherstone, Hopton & Saddigi, 2010)

3.3 การนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ (Evidence base practice) โดยอยู่บนพื้นฐานของการวิจัย ดังเช่น การศึกษาของ Kratz (2008) ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การปรับสิ่งแวดล้อมใหม่ ดูแลให้นอนหลับโดยไม่ใช้ยาและให้มีการเคลื่อนไหวแต่เริ่มแรก พบว่าลดอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้มลดลง การใช้ยาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนจับปล้นลดลง

จากรูปแบบการจัดการกับภาวะสับสนจับปล้น สามารถสรุปเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการกับภาวะสับสนจับปล้นได้ดังนี้ (Inouye et al., 1999; Nazarko, 2002; Tropea et al., 2008; Miller, 2009)

1. การจัดการอาการตามสาเหตุของภาวะสับสนจับปล้นอาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุหลายประการ เนื่องจากภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุเกิดได้จากสาเหตุ และปัจจัยร่วมกันหลายประการ เช่นการจัดการกับภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะขาดอาหารและน้ำ ภาวะซึด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะติดเชื้อ เป็นต้น พยาบาลควรติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ Delirium เช่น Electrolyte เพื่อประเมินความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย CBC เพื่อประเมินภาวะซึด Blood sugar เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด UA, Urine c/s (ถ้ามี urinary tract infection) เป็นต้น

2. การดูแลรักษาทั่วไป และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นประกอบด้วย การจัดการในเรื่องโภชนาการ การได้รับสารน้ำ และอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รบกวนการพักผ่อน วัดอุณหภูมิของร่างกายเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อของผู้สูงอายุอย่างรอบคอบ เพราะโดยปกติอุณหภูมิของผู้สูงอายุมักไม่สูง อุณหภูมิที่วัดได้เท่ากับระดับปกติ ในคนทั่วไปอาจหมายถึง การติดเชื้อในผู้สูงอายุได้ จึงควรเปรียบเทียบกับอุณหภูมิพื้นฐานก่อนเจ็บป่วย แหล่งการติดเชื้อในผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

3. การจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมการรับรู้สิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ลดสิ่งรบกวน เสียงสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ การจัดเตรียมผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมาร่วมให้การดูแล และจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประโยชน์ต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก เช่น การจัดหาแว่นตาให้สวม เพื่อช่วยในการมองเห็น การจัดหาเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น กรณีอยู่ที่โรงพยาบาล ถ้าเป็นไปได้ ควรอนุญาตให้นำของใช้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาที่โรงพยาบาล เช่น รูปภาพ นาฬิกา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย และมีอาการสงบลง ผู้ป่วยบางรายจะสามารถปรับเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีเมื่อได้ฟังวิทยุ หรือ ดูโทรทัศน์ที่มีรายการที่ได้ติดตามเป็นประจำ

4. เจ้าหน้าที่ หรือญาติ ควรพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส เพื่อกระตุ้นเตือนความจำ โดยเฉพาะเรื่องราวที่ฟังพอใจในอดีตซึ่งเป็นความจำระยะยาวที่ไม่ได้สูญเสียไป การพูดคุยเรื่องความหลังหรือครอบครัวที่ฟังพอใจช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

5. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความสงบ นุ่มนวล ใช้คำพูดสั้น ๆ เข้าใจง่าย พูดช้า ๆ ชัด ๆ ไม่วุ่นวาย พูดด้วยน้ำเสียงดังพอควร เพื่อบอกผู้ป่วยถึงสถานการณ์ของผู้ป่วย ว่าอยู่ที่ไหน วันนี้เป็นวันอะไร ทำไมต้องมาอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น

6. การจัดการอาการ โดยใช้ยา การพิจารณาให้การรักษาด้วยการใช้ยามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากยาหลายชนิดมีโอกาที่จะก่อให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันขึ้นได้ ยาตัวแรกที่ใช้ในการจัดการกับภาวะสับสนฉับพลัน คือ Haloperidol ซึ่งเป็นยาด้านโรคจิต กลุ่มออกฤทธิ์สูงในขนาดต่ำ ทำให้ผู้ได้รับยาไม่มีอาการง่วงซึม เนื่องจากยามีฤทธิ์ต้าน โดปามีนอร์จิกและ ไม่ก่อให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ขนาดยาที่ให้ 1.5-2 mg ทางปาก หรือกลืนเนื้อ หลังจากให้ยา พยาบาลควรดูแลคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจาก Haloperidol อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้มี Delirium มากขึ้นจึงต้องให้ยา และติดตามดูแลอาการด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ Haloperidol อาจจะทำให้เกิด Extra pyramidal tract side effect เช่น อาการสั่น (Tremor) และอาการเกร็ง (Rigidity) (Kee, 2006)

7. คุณลักษณะความปลอดภัยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจะต้องพูดคุยสื่อสารกับญาติผู้ป่วยเพื่อคัดแปลงสถานที่ให้เหมาะสมเพราะผู้ป่วยที่มีอาการสับสนมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ หกล้มหรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ได้ง่าย ต้องดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ปิดประตูทางเข้าออกหน้าบ้าน พื้นไม่ลื่น ไม่มันวาว มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวเกาะตามทางเดิน ไปห้องน้ำ หรือห้องนอนมีเครื่องหมายหรือใช้สีให้จำได้ง่าย พื้นต่างระดับมีแตกต่างกันชัดเจนห้องนอนผู้ป่วยไม่เคยใหญ่เกินไปและไม่ควรมีของตกแต่งมากนัก สิ่งของที่เป็อันตรายต้องเก็บให้มิดชิด

#### 4. การสอนแนะ

วิธีการให้ความรู้หรือวิธีการจัดการความรู้มีหลายวิธี เช่น การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งการบรรยายเป็นวิธีการที่สะดวก ใช้กับผู้เรียนจำนวนมาก ผู้สอนดำเนินการคนเดียว ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้น้อย การสาธิตเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีปฏิบัติได้ดี เพราะได้รับประสบการณ์ตรง วิธีนี้ไม่เหมาะกับผู้เรียนกลุ่มใหญ่เกินไป ส่วนการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางแต่มีข้อจำกัดคือ เป็นการเรียนรู้ที่ใช้เวลามาก กรณีที่ผู้เรียนไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม การอภิปรายอาจไม่ได้ผล (สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ, 2547) และการสอนด้วยวิธีเหล่านี้ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากความจำมากกว่าการพัฒนาทักษะ หรือการปฏิบัติ มักเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; ครุณี รุจกรกานต์, 2541) ซึ่งวิธีการจัดการเรียนรู้ที่กล่าวมาได้นำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการสอนหรือให้ความรู้แก่พยาบาลในคลินิก (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543) สำหรับการสอนแนะ (coaching) ส่วนใหญ่มักรู้จักกันในนามผู้ฝึกสอนนักกีฬา ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาร่างกาย กระบวนการคิด จิตใจ และความรู้สึกของนักกีฬา โค้ชต้องสร้างและทำทนายให้นักกีฬามีการพัฒนาความสามารถสูงสุด โดยการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ อีกทั้งต้องดึงความสามารถและความมีคุณค่าของนักกีฬาออกมาเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; Clarke & Spross, 1996) ซึ่งในทางการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้มีการนำการสอนแนะมาใช้มากขึ้น โดยในระยะแรกได้นำการสอนแนะมาใช้ในงานบริหาร การพยาบาลระหว่างผู้บริหารและพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ส่งเสริมและปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคลากรให้สูงขึ้นตามศักยภาพที่มีอยู่ หลังจากนั้นจึงได้มีการนำเอาการสอนแนะมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยผู้สอนแนะเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยในการ

แก้ไขปัญหาก็แก่นักศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกทักษะในคลินิกและพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำระหว่างการศึกษานพยาบาล (Grealish, 2000) การสอนแนะ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาลเป็นการช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน (Girvin, 1999) นอกจากนี้การสอนแนะยังถือได้ว่าเป็นการสื่อสารอย่างหนึ่งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการระหว่างผู้สอนและผู้เรียน หรือที่เรียกว่า การสื่อสารแบบสองทาง (two ways communication) ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น (อาภรณ์ ภู่วิทยพันธ์, 2548)

#### 4.1 ความหมายของการสอนแนะ

คำว่า “Coach” มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษในยุคกลาง คือ “coche” หมายถึง รถม้า หรือการขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีโค้ชเป็นผู้ขับเคลื่อนรถม้าซึ่งเป็นผู้ที่รู้เส้นทางเป็นอย่างดี คอยอำนวยความสะดวก ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติให้แก่ผู้โดยสาร เพื่อให้ผู้โดยสารเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในระหว่างการเดินทาง (Spross, 2005) โดยการสอนแนะนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการสอนแนะ การให้ความหมายของการสอนแนะ ส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้รับบริการที่นำการสอนแนะไปใช้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นวิธีการสอนอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

อรุณี สำเภาทอง (2538) กล่าวว่า การสอนแนะเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร โดยมีเป้าหมายที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ชาญชัย โพธิ์คลัง (2532) ได้ให้ความหมายของการสอนแนะในด้านการฝึกสอนกีฬาว่า การโค้ชเป็นสื่อกลางความรู้ (Knowledge) กระบวนการ วิธีปฏิบัติ กรรมวิธี (Procedure) และแนวความคิด (Thought) ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาให้กับองค์กร โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติจริง และมีประสิทธิภาพสูงสุด

Grealish (2000) กล่าวว่า การโค้ชเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียนโดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แบบจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่ง (one-to-one) โดยที่ผู้สอน หรือโค้ชจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนา หรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้ชี้แนะ

ให้คำแนะนำ หรือข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

Lachman (2000) กล่าวว่า การสอนแนะ เป็นการช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาการกระทำ หรือการปฏิบัติ โดยการมีโค้ชเป็นผู้ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ซึ่งการสอนแนะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบบเผชิญหน้า ตัวต่อตัว

จากความหมายของการสอนแนะ หากนำมาใช้ในทางการพยาบาลนั้นสามารถใช้เป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ โดยมีผู้ฝึกสอนให้การชี้แนะ แนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิมของบุคคลซึ่งในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรต่าง ๆ นั้นต้องมีผู้สอนแนะเป็นผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นหรือส่งเสริมและช่วยเหลือให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานที่รับผิดชอบของตนเองได้ ทั้งเป็นการช่วยให้บุคลากรแสดงความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยมีผู้ฝึกสอนเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น

#### 4.2 ลักษณะงานของผู้สอนแนะ (job description)

นอกจากนี้แล้วผู้ที่จะเป็นผู้สอนแนะ ควรทราบลักษณะงานของการสอนแนะ เพื่อช่วยให้เข้าใจและสามารถทำหน้าที่ผู้สอนแนะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (Thorpe & Clifford, 2003)

##### 4.2.1 สิ่งสำคัญของการสอนแนะและความรับผิดชอบของผู้สอนแนะ

- ระบุความต้องการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะของผู้เรียน
- อธิบายกระบวนการสอนแนะแก่ผู้เรียน
- ช่วยกำหนดขอบเขต เป้าหมายของการเรียนรู้และแผนการปฏิบัติในเรื่องที่ต้องการเรียนรู้
- ใช้ประสบการณ์เรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติ
- ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนจากการสังเกตพฤติกรรม เช่น กล่าวชมเชยให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
- กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยช่วยให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข

- สนับสนุนให้ผู้เรียนประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนติดตามความก้าวหน้าของการไปสู่เป้าหมายของการเรียนรู้
- ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการเรียนรู้

#### 4.2.2 ทักษะ/ความสามารถที่ควรมีของผู้สอนแนะ

- มีการวางแผนและการจัดการเวลาที่ดี
- มีความสามารถในการวิเคราะห์และแปลผล การเจรจาต่อรอง การสังเกต
- มีทักษะเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การสร้างไมตรีจิตให้ข้อมูลย้อนกลับ มีความกระตือรือร้นในการรับฟัง
- มีทักษะในการถามคำถามและการให้ข้อมูลเพิ่มเติม
- มีความสามารถในการช่วยให้ผู้เรียนสามารถตั้งเป้าหมายของการเรียนรู้ ประเมินผลและทบทวนการปฏิบัติ

#### 4.2.3 คุณลักษณะ/เจตคติที่ควรมีของผู้สอนแนะ

- มีความเห็นอกเห็นใจ หยั่งรู้ความรู้สึกของผู้อื่น มีความอ่อนไหว
- มีความอดทนและอดกลั้น สุภาพเรียบร้อย มีความมั่นใจ รู้ตนเอง มีความตั้งใจ
- มีทัศนคติเชิงบวก เชื่อถือได้ ซื่อสัตย์
- เชื่อในศักยภาพของบุคคล มีจุดประสงค์และไม่กล่าวโทษผู้เรียน
- ให้ความสนใจผู้เรียน ช่างสังเกตและมีความจำดี

4.2.4 ความรู้ที่จำเป็นในการสอนแนะ ผู้สอนแนะควรมีความรู้ในสิ่งที่จะให้การสอนแนะและต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ ตลอดจนกระบวนการสอนแนะ จึงจะทำให้การสอนแนะมีประสิทธิภาพ

### 4.3 หลักการสอนแนะ

นอกจากผู้สอนแนะควรมีความสามารถดังกล่าวข้างต้น ผู้สอนแนะต้องมีหน้าที่ประสานกับผู้เรียนในอันที่จะปลูกฝังลักษณะการปฏิบัติงานเฉพาะของบุคคลนั้นให้เด่นชัดและเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ผู้สอนแนะควรทราบหลักการหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งมีดังนี้ (Allenbaugh, 1983; Kramer, 1999)



- 1) การสอนแนะจะต้องมุ่งที่การปฏิบัติงาน มิใช่มุ่งที่ตัวบุคคล โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน ซึ่งจะไม่มองที่ตัวบุคคลนั้นจะประสบผลสำเร็จหรือไม่
- 2) ต้องยอมรับนับถือในตัวบุคคล และความเป็นส่วนตัวของบุคคล
- 3) แนวทางการสอนแนะนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้ประสบการณ์เดิมและการปฏิบัติงานของบุคคลากรนั้น ๆ
- 4) การสอนแนะ เป็นการชี้แนะให้บุคคลากรเห็นถึงคุณค่าและความสามารถในตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายดียิ่งขึ้นและผลงานเป็นที่น่าพึงพอใจ
- 5) การสอนแนะ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างผู้สอนแนะและผู้ปฏิบัติงานและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- 6) ผู้สอนแนะต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษสำหรับการช่วยเหลือให้ผู้เรียนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองในขณะที่มีการฝึกปฏิบัติแต่ละขั้นตอน หลีกเลี่ยงการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ
- 7) การสอนแนะจะต้องแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ และการปฏิบัติงานเป็นทีม
- 8) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการบรรยาย ไม่ตัดสินหรือกล่าวโทษผู้เรียน
- 9) ผู้สอนแนะต้องตระหนักถึงรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละคน มีความยืดหยุ่นในการให้ความรู้และช่วยทำให้การเรียนรู้ง่ายขึ้น
- 10) ให้ความสำคัญในความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อสนับสนุนในกระบวนการและค้นหาความหมายด้วยตนเอง
- 11) ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิด
- 12) ผู้สอนแนะ ควรประเมินรูปแบบการสื่อสารของตนเองย้อนหลังและมองดูการปฏิบัติของตนเอง สังเกตผลสะท้อนกลับ
- 13) การสอนแนะในองค์กรควรจะเริ่มที่ระดับบนลงสู่ระดับล่าง

#### 4.4 ผลลัพธ์หรือประโยชน์ของการสอนแนะ

ประโยชน์ของการสอนแนะสามารถมุ่งประเด็นไปที่ผลลัพธ์จากการเรียนรู้จากการใช้กระบวนการสอนแนะ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (Hughes, 2003)

- 1) ความรู้ (knowledge) การสอนแนะช่วยทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงในช่องว่างระหว่างความรู้และความเข้าใจในปัญหา สามารถช่วยเพิ่มความตระหนักในตนเองและมีความรู้จูงใจให้บุคคลสามารถค้นหาทางเลือกในการช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหา

2) ความเชื่อและค่านิยม (beliefs and values) การสอนแนะมุ่งที่ผู้เรียน อะไรคือสิ่งสำคัญสำหรับผู้เรียนและสามารถเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยปราศจากความรู้สึกคุกคาม

3) ทักษะและงาน (skill and task) การสอนแนะช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้เพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

คุณลักษณะผลลัพธ์ของความสำเร็จในการสอนแนะ โดยกระบวนการสอนแนะรวมไปถึงการมีโมติเวชัน การสร้างสัมพันธภาพ การรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการประเมินและทบทวน การปรึกษาอย่างรอบคอบในการกำหนดเป้าหมายและลงมือปฏิบัติในการแก้ปัญหา (Hughes, 2003)

#### 4.5 ขั้นตอนของกระบวนการสอนแนะและการสร้างโปรแกรม

การสอนแนะเป็นรูปแบบการสอนที่ไม่มีโครงสร้างและกระบวนการที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เมื่อมีการนำไปใช้และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน โดยใช้แนวคิดของการสอนแนะในเชิงทฤษฎีเป็นแนวทางในการสังเคราะห์ขั้นตอน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำไปใช้ ซึ่งขั้นตอนการสอนแนะสามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การร่วมปรึกษาก่อนการปฏิบัติ 2) การสอนการปฏิบัติ 3) การสังเกตการปฏิบัติ 4) การร่วมปรึกษาหลังการสังเกตการปฏิบัติ และ 5) การวางแผนเพื่อพัฒนาการปฏิบัติครั้งต่อไป (วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, 2544)

ขั้นตอนสำคัญที่สุดของการสอนแนะที่มีประสิทธิภาพคือ การทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกว่สิ่งที่เรียนมีความสำคัญ จำเป็นต้องได้รับความรู้และมีความสามารถในการปฏิบัติ โดยให้ผู้เรียนสำรวจความต้องการการเรียนรู้ของตนเองและทำความเข้าใจจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ วิธีการปฏิบัตินั้นอย่างชัดเจน แล้วจึงสาธิตวิธีการปฏิบัตินั้นให้ผู้เรียนดูหลาย ๆ ครั้งในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ขั้นต่อไปจะต้องให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ โดยฝึกซ้ำหลาย ๆ ครั้งจนเกิดความชำนาญ และในระหว่างปฏิบัติต้องมีการให้ข้อมูลย้อนกลับร่วมกันระหว่างผู้เรียนและผู้สอน เพื่อช่วยในการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติครั้งต่อไป

#### 4.6 ความรู้และการเรียนรู้

ในการสอนแนะ ผู้สอนแนะควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของความรู้และการเรียนรู้ เพื่อให้การสอนแนะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ความรู้** หมายถึง ความเข้าใจ ความสามารถในการจำ หรือระลึกได้จากการได้รับข้อมูลหรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือจากการรับรู้จากประสาทสัมผัสทางกาย จากสิ่งแวดล้อม ส่วนการปฏิบัตินั้น หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่ทำเป็นปกติ โดยที่การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้

นั้น เป็นแนวทางหนึ่งของบุคคลากรที่จะนำไปใช้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

**การเรียนรู้** เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร หรือค่อนข้างถาวร อันเนื่องมาจากการสอน ประสบการณ์หรือการฝึกปฏิบัติ เช่น ผู้เรียนฝึกหัดนิคยา ต้องฝึกหลาย ๆ ครั้งจนค่อย ๆ เกิดการเรียนรู้และฝึกหัดบ่อย ๆ จนนิคยาได้ชำนาญ และเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง มีความงอกเงยและเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งด้านบวกและด้านลบ นั่นคือ คนที่รู้แล้วอาจลดทอน จางลงหรือรู้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถล้างความรู้เดิม หรือเปลี่ยนเป็น ความรู้ชุดใหม่ ผลลัพธ์ของการเรียนรู้เรื่องใดก็คือ ความรู้ (knowledge) ในเรื่องนั้น การเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านสมอง การกระทำและประสบการณ์ โดยเกี่ยวข้องกับความจำ ความเข้าใจ การนึกคิด การรับรู้ การวิเคราะห์และการแก้ปัญหา การเรียนรู้ในเรื่องใดสามารถเข้าใจ ถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การกระทำที่มี กระบวนการทางความคิดมาเกี่ยวข้อง พร้อมกับการปฏิบัติ เพื่อเกิดข้อสรุปที่เป็นการเรียนรู้ ความ เข้าใจ และสามารถทำได้ ผลลัพธ์ทราบได้จากความเข้าใจของผู้เรียนรู้ต่อคำถาม หรือประเด็นที่ ต้องการความชัดเจนในเรื่องนั้น ๆ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543; สุพัตรา ชาติบัญญัติชาชัย, 2549) ซึ่งการที่ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้ได้ สิ่งหนึ่งที่จะต้อง พิจารณาคือ รูปแบบของการเรียนรู้และควรทำความเข้าใจเรื่องการเรียนรู้ของบุคคล ดังจะกล่าว ต่อไปนี้ (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543)

ลักษณะการเรียนรู้ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการเรียนรู้มี 3 ลักษณะคือ

1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หมายความว่า พฤติกรรมก่อนหลังการเรียนรู้ต่างกัน เช่น ทำไม่เป็น ไม่เข้าใจ ไม่รู้ ทำไม่ดี กลายมา เป็น ทำเป็น เข้าใจ รู้ ทำดีขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้มีได้ทั้งด้านดีและไม่ดี ทั้งมองเห็น และมองไม่เห็น

2) พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้น ต้องเป็นลักษณะพฤติกรรมถาวร เช่น การว่ายน้ำ เป็น พฤติกรรมการเบื่อก่อนหาย ความเจ็บป่วย ไม่ใช่พฤติกรรมการเรียนรู้

3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเนื่องมาจากประสบการณ์ ถ้าเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น วุฒิภาวะ ความพิการ ความเคยชิน แม้เป็นการเปลี่ยนแปลงถาวรก็ไม่นับเป็นการเรียนรู้

สรุป คือ การที่พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ หรือการฝึกหัดและพฤติกรรมที่เป็นอย่างถาวรหรือค่อนข้างถาวร จึงเรียกว่าเกิดการเรียนรู้

องค์ประกอบการเรียนรู้ มีดังนี้

1) แรงขับ (drive) มี 2 ประเภท คือ แรงขับปฐมภูมิ (primary drive) เช่น ความหิว กระหาย แรงขับทุติยภูมิ (secondary drive) เป็นเรื่องของความต้องการทางจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความต้องการความรัก ฯลฯ แรงขับทั้งสองจะมีผลให้เกิดปฏิกิริยาอันนำไปสู่การเรียนรู้

2) สิ่งเร้า (stimulation) เป็นตัวทำให้คนแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมโต้ตอบ

3) อาการตอบสนอง (response) คือ พฤติกรรมที่แสดงออกหลังจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า

4) สิ่งเสริมแรง (reenforcement) คือ สิ่งที่มาเพิ่มกำลังให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง เช่น รางวัล การลงโทษ ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้เป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ความพร้อม ความสนใจ การตั้งใจ ระดับสติปัญญา ฯลฯ ซึ่งแตกต่างกันไปตามธรรมชาติของนักจิตวิทยา อย่างไรก็ตามกล่าวโดยสรุปได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 อย่างเป็นอย่างน้อย ได้แก่ แรงขับ สิ่งเร้า การตอบสนองและการเสริมแรง

ปัจจัยส่งเสริมการเรียนรู้ มี 4 ด้าน คือ

1) ตัวผู้เรียน ได้แก่ วุฒิภาวะ ความพร้อม ประสบการณ์เดิม อายุ แรงจูงใจ ระดับสติปัญญา อารมณ์ สภาพร่างกาย

2) ผู้เรียน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ได้แก่ ความยากง่ายของบทเรียน ความยาวของบทเรียน ความหมายของบทเรียน

3) วิธีจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน การใช้เครื่องมือสื่อ การแนะแนว การส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ ช่วงเวลาการเรียน การฝึกฝน

4) สภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา เช่น บรรยากาศในชั้นเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ แสงสว่าง อุณหภูมิ ความสะอาด

#### 4.7 พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล

การปฏิบัติพยาบาล เป็นหัวใจของการพยาบาล เพราะหมายถึงการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ ต้องอาศัยความสามารถเข้าใจและวินิจฉัยความต้องการช่วยเหลือ พยาบาลต้องทราบว่าควรใช้ความรู้อะไรที่

จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองความต้องการและให้ความรู้สึกรู้ใจต่อบริการที่ได้รับ องค์ความรู้ไม่ใช่แค่ความรู้ทางสรีระและจิตสังคม แต่เป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์รวมของคนที่ ซึ่งจะปรากฏในทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งพยาบาลกำหนดลักษณะธรรมชาติของคนและสิ่งแวดล้อม โดยรอบด้าน จึงทำให้เข้าใจลักษณะสุขภาพโดยรวมก่อนที่จะให้การพยาบาลในบทบาทส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู พร้อมการดูแลเป็นพื้นฐานตามสภาพปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาล ต้องอาศัยกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล การตัดสินใจที่รอบคอบด้วยสติ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมี สติที่มั่นคง เพื่อการเรียนรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและยอมรับ สภาพการณ์จริงของตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างดี การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing action) เป็นการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้จัดให้แก่ผู้ป่วยทันทีที่ให้การวินิจฉัยการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2551)

การที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องนั้น พยาบาลต้องได้รับการ เรียนรู้ที่ถูกต้องในการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม ซึ่งการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความรู้ และการ ปฏิบัติของบุคลากร การให้ความรู้เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้นำความรู้มาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิด การปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย โดยจะก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ดี และเป็นประโยชน์ (Goldrick & Turner, 1995) ดังนั้นการสอนแนะจึงเป็นการให้ความรู้วิธีหนึ่งที่จะ ช่วยให้ผู้บุคลากรสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติการ พยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

#### 4.8 การสอนแนะกับการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน ภาวะสับสนระดับปล้น

การสอนแนะเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาบุคลากร มีเป้าหมายที่จะปรับปรุง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยมีผู้สอนคอยชี้แนะแนวทางปฏิบัติและให้คำแนะนำ ผู้สอนแนะ เป็นผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นหรือส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้บุคคลสามารถปฏิบัติงานที่ รับผิดชอบของตนเองได้ ทั้งเป็นการช่วยให้บุคคลแสดงความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้สอนแนะจะเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536; อรุณี สำเภาทอง, 2538; Lachman 2000) สิ่งหนึ่งที่ผู้สอนแนะควรรู้ อย่างชัดเจนว่า เมื่อไรที่จะสนับสนุนให้ผู้เรียนลองเสี่ยง เมื่อไรควรจะเผชิญหน้า หรือควร เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติแบบดั้งเดิม เนื่องจากการเรียนรู้สิ่งใหม่นั้นจะเกี่ยวข้องกับการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้ดั้งเดิมที่บุคคลมีอยู่ การรับรู้เกี่ยวกับ “ตน” ของผู้เรียนเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ในการสอนแนะที่ดีจะต้องสร้างสัมพันธภาพทางจิตใจที่สูงระหว่างผู้สอนแนะและผู้เรียน โดยแสดงให้เห็นความรู้สึกที่ดีและไวของผู้สอนแนะและความไว้วางใจในตัวของผู้เรียน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

#### 4.9 กระบวนการสอนแนะ

เนื่องจากการสอนแนะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบประกอบด้วยการวางแผนอย่างกว้าง ๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้เรียนทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียนแต่ละราย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี และเมื่อนำการสอนแนะมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติกรพยาบาลสามารถสรุปขั้นตอนการสอนแนะได้ดังนี้ (Girvin, 1999; Lachman, 2000; Spross, 2005)

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลให้เกิดความไว้วางใจและมีความมั่นใจต่อผู้สอนแนะ เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคลากร โดยมีผู้สอนแนะเป็นผู้ชี้แนะกระตุ้นให้พยาบาลแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและรับฟังปัญหาของพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 2** การวางแผนในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติภายหลังจากที่พยาบาล และผู้ฝึกสอนร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐาน หรือประสบการณ์ของพยาบาล โดยผู้สอนแนะให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

**ขั้นตอนที่ 3** การฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ตามขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติ ผู้ฝึกสอนมีการติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม หรือทบทวนสาเหตุส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น ผู้สอนแนะจะต้องเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง และตรงไปตรงมาไม่นำเรื่องส่วนตัวมาปะปน ซึ่งเป็นการเสริมแรงในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจาก

การปฏิบัติใดไม่ได้รับการเสริมแรงทางบวก การปฏิบัติกิจกรรมนั้นจะค่อย ๆ หายไปแต่หากมีการเสริมแรงทางบวกจะส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้สอนแนะนำให้พยาบาลประเมินผลด้วยตนเอง ถึงการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้นรวมถึงกระตุ้นพยาบาลว่าได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ก็อะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไปและหากพยาบาลไม่สามารถทำได้ ผู้สอนแนะนำให้ทำซ้ำและสอนจนกว่าจะสามารถทำได้

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติ และแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน

### 5.1 การสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติ

อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ และคณะ (2544) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 46 คน ที่กำลังศึกษาวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน โดยในแต่ละกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย และในแต่ละกลุ่มย่อยจะมีอาจารย์ที่ปรึกษากลุ่มรับผิดชอบสอนนักศึกษากลุ่มละ 1 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบตรวจสอบทักษะ คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทักษะการปฏิบัติพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการสอนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจษฎาพร พิชัยยา (2545) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ จำนวน 13 คน ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรพยาบาลที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดสูงกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุศริน เอียวสีหยก (2545) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก จำนวน 24 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนแนะก่อนผ่าตัด

2 วันจนกระทั่งครบ 3 วันหลังผ่าตัด รวบรวมโดยการสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนและมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เรไร พงศ์สถาพร และคณะ (2551) ศึกษาผลของการ ใ้ช้ข้อต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการ ใ้ช้ในระยะก่อนการผ่าตัดจำนวน 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 ใ้ให้การ ใ้ช้ผู้ป่วย 2 วันก่อนได้รับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 ใ้ให้การ ใ้ช้ผู้ป่วย 1 วันก่อนได้รับการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการ ใ้ช้มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วชิรา สุทธิธรรม (2551) ใ้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oliver, Kravitz, Kaplan & Meyers (2001) ศึกษาถึงผลของการใ้ให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะต่อผลลัพธ์ของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 67 ราย โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจำนวน 34 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 33 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการ ใ้ให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดและความถี่ของการเกิดความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

## 5.2 แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน

Inouye et al. (1999) ใ้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันแบบหลายองค์ประกอบ (multicomponent intervention) ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย คือ เซาวันปัญหาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร้อมในการมองเห็น ความพร้อมในการได้ยินและภาวะขาดน้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็น



ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 852 คน ในแผนกอายุรกรรมทั่วไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการความเสี่ยง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะ delirium มีการพัฒนาที่ดิ่งขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.9 ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 15 จำนวนวันที่เกิด delirium ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และจำนวนครั้งของการเกิด delirium ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

Tabet et al. (2005) ได้ทำการศึกษาโดยใช้วิธีการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยรูปแบบการให้ความรู้เป็นชุด เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า การให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาล จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนยับปล้น และเพิ่มความตระหนัก หรือการรู้จักภาวะสับสนยับปล้นในผู้ป่วยที่รับไว้แผนกอายุรกรรม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับความรู้โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้เป็นชุด ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า จำนวนการเกิดภาวะสับสนยับปล้นในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและบุคลากรทางการแพทย์รู้จักภาวะสับสนยับปล้นมากขึ้น

Kratz (2008) ได้ทำการศึกษาสำรวจโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการวิจัย ขั้นตอนประกอบด้วย การปรับสิ่งแวดล้อมใหม่ ดูแลให้ออนหลับโดยไม่ใช้ยา และให้มีการเคลื่อนไหวแต่เริ่มแรก พบว่าลดอุบัติการณ์เกิดพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 62 และลดการใช้ผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 100 ใน 1 ปีแรก การใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด acute confusion และลดลงมากกว่า ร้อยละ 50 ตั้งแต่นำขั้นตอนไปปฏิบัติ อัตราการเกิดพลัดตกหกล้ม และการผูกมัด ลดลงร้อยละ 25

Laurita et al. (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะสับสนยับปล้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เปราะบาง ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนยับปล้นตามมาหลังรับไว้ในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมทั่วไป จำนวน 84 คนที่ได้รับการตรวจโรคอย่างละเอียด และประเมินแนวโน้มซึ่งเป็นตัวอย่างให้เกิดภาวะสับสนยับปล้น การประเมินใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale: GDS-15) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini-Nutritional Assessment: MNA) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนยับปล้นส่วนมากคือ การติดเชื้อ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ผลข้างเคียงของยา และเหตุการณ์ที่เกิดเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนยับปล้นปัจจัยที่ทำให้เกิดมีหลาย ๆ ปัจจัย

ร่วมกัน เช่น เป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอสูง อุบัติการณ์ที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะสับสนจับปล้นสามารถระบุได้หลังจากมีการประเมินอย่างระมัดระวัง

Pretto et al. (2009) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม Delirium Prevention and Mangement Program (DPMP) ต่อภาระงาน (workload) ของพยาบาล ซึ่งโปรแกรม DPMP ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การให้ความรู้แก่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเกี่ยวกับ delirium 2) การค้นหาภาวะ delirium และ 3) การรักษาภาวะ delirium กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน ที่พ้นหายจากการผ่าตัดสะโพกหักในแผนกศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดปริมาณงานของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งภาวะสับสนจับปล้นเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาณงาน

## 6. โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และแนวคิดการจัดกระทำหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) มาสร้างเป็นโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคยกับพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 2** ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ตามความรู้และประสบการณ์เดิมของพยาบาล ผู้สอนแนะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้พยาบาลแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมรับฟังปัญหาของพยาบาล

**ขั้นตอนที่ 3** การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติ ภายหลังจากที่พยาบาลและผู้สอนแนะร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ผู้สอนแนะให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนจับปล้น 6 ปัจจัย คือ เชาวน์ปัญญาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ความพร้อมในการมองเห็น ความพร้อมในการได้ยินและภาวะขาดน้ำ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาเป็นกลยุทธ์ในการจัดกระทำได้ในบริบทของการปฏิบัติในโรงพยาบาล (Inouye et al., 1999) พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติกรป้องกันภาวะสับสนล้มปลันในผู้สูงอายุเพื่อให้พยาบาลนำกลับไปทบทวน

**ขั้นตอนที่ 4** การฝึกปฏิบัติในสิ่งที่คุณสอนแนะได้สอนตามขั้นตอนที่ 3 โดยระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติ ผู้สอนแนะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทบทวนหรือสาธิตซ้ำเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

**ขั้นตอนที่ 5** การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้สอนแนะให้พยาบาลประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นพยาบาลให้ประเมินว่าได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ คืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไปและหากพยาบาลไม่สามารถทำได้ ผู้สอนแนะทำการชี้แนะ สอนจนกว่าสามารถทำได้

**ขั้นตอนที่ 6** ประเมินการเกิดภาวะสับสนล้มปลันในผู้ป่วย หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนล้มปลันฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะ

โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปลันในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ เป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้ (Girvin, 1999; Inouye et al., 1999)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ (ใช้เวลา 2 นาที)

2. ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้พยาบาลค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติ (ใช้เวลา 30 นาที)

3. การวางแผน ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น (ใช้เวลา 60 นาที)

3.1 ผู้วิจัยและพยาบาลร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

3.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิกพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรคและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

4. พยาบาลฝึกปฏิบัติในสิ่งที่ได้วางแผนไว้ตามขั้นตอนที่ 3 โดยระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทบทวน หรือสาธิตซ้ำเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น (ใช้เวลา 3 วัน)

5. การประเมินผลการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้พยาบาลประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น (ใช้เวลา 30 นาที)

6. ประเมินการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ ซึ่งใช้แบบประเมินภาวะสับสนจับปล้นฉบับภาษาไทย โดยพยาบาลที่ได้รับการสอนแนะ (ใช้เวลา 30 นาที)

พฤติกรรมปฏิบัติของ  
พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ  
สับสนจับปล้น

การเกิดภาวะสับสนจับปล้นใน  
ผู้สูงอายุ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one-group repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลระหว่าง ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ระหว่างหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน และเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน และเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนจับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังภาพ (Polit & Beck, 2008)

O1 ——— X ——— O2 ——— O3

- X หมายถึง โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ
- O1 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
- O2 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที
- O3 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

## ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดี-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 17 คน เนื่องจากหอผู้ป่วยสวัสดี-ล้อม ชั้น 3 เป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้มากที่สุด ในบรรดาหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในหอผู้ป่วยสวัสดี-ล้อม ชั้น 3

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 2 ส่วน คือ  
 ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล  
 ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกและแหล่งความรู้ที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดกระทำแบบหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อติดตามการปฏิบัติของพยาบาล แบ่งออกเป็น 6 หมวดกิจกรรม คือ 1) การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา 2) การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 3) การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว 4) การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น 5) การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยินและ 6) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำถามแบบให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามการปฏิบัติจริง มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ

- |         |         |                            |
|---------|---------|----------------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ปฏิบัติบางครั้ง            |
| 3 คะแนน | หมายถึง | ปฏิบัติสม่ำเสมอ            |

มีเกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุกตามค่าพิสัย (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2550) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน คะแนนต่ำสุด 25 คะแนน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

25-34 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด
35-44 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย
45-54 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง
55-64 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก
65-75 คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ผู้วิจัยได้ออกแบบให้พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ

1.3 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ครั้งที่ของการเกิดภาวะสับสนหลับฝัน วัน เดือน ปี เวลาที่เกิด ลักษณะอาการ การรักษาและหมายเหตุ โดยพยาบาลเป็นผู้บันทึกเอง ภายหลังจากได้รับการสอนแนะนำภายใน 3 วัน และหลังได้รับการสอนแนะนำ 1 เดือน ซึ่งจะบันทึกในวันที่พยาบาลผู้ได้รับการสอนแนะนำดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบ การประเมินผลนับจากจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนหลับฝันโดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสับสนหลับฝันฉบับภาษาไทย (The Thai Delirium Rating Scale: TGDS) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก และคณะ (2544) ได้พัฒนาจากแบบประเมิน Delirium Rating Scale (DRS) ของ Trzepacz et al. (1988) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คือ 1) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ 2) พฤติกรรมเคลื่อนไหว 3) การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาขณะทำการประเมิน 4) โรคทางกาย 5) ความผิดปกติของวงจรการหลับตื่น และ 6) การเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ มีค่าคะแนน 0-20 การประเมินผลว่ามีภาวะสับสนหลับฝัน เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการสอนแนะนำเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวคิดการสอนแนะนำของ Girvin (1999) ร่วมกับแนวคิดการจัดกระทำแบบหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความทางวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ

2) สร้างโปรแกรมการสอนแนะนำเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ โดยสรุปสาระสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่ได้ โดยให้โปรแกรมการสอนแนะนำกับพยาบาลเป็นรายบุคคล ระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมสำหรับพยาบาลแต่ละราย ประมาณ 4 วัน ในระหว่างโปรแกรมการสอนแนะนำ มีผู้สอนแนะนำคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่พยาบาล ซึ่งโปรแกรมการสอนแนะนำประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

2.1) การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคยกับพยาบาล (ใช้เวลา 2 นาที)

2.2) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ตามความรู้และประสบการณ์เดิมของพยาบาล ผู้สอนแนะนำเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้พยาบาลแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมรับฟังปัญหาของพยาบาล (ใช้เวลา 30 นาที)

2.3) การวางแผน ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ภายหลังจากที่พยาบาลและผู้สอนแนะนำร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นโดยที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ผู้สอนแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนล้มปล้น 6 ปัจจัย คือ เชาวน์ปัญญาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร่องในการมองเห็น ความพร่องในการได้ยินและภาวะขาดน้ำ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุเพื่อให้พยาบาลนำกลับไปทบทวน (ใช้เวลา 60 นาที)

2.4) การฝึกปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ตามขั้นตอนที่ 3 โดยระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติ ผู้สอนแนะนำมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ เช่น กล่าวคำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทบทวนหรือสาธิตซ้ำเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น (ใช้เวลา 3 วัน)

2.5) การประเมินผลการปฏิบัติ ผู้สอนแนะนำให้พยาบาลประเมินผลด้วยตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นพยาบาลให้ประเมินว่า ได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่ต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ คืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไปและหากพยาบาลไม่สามารถทำได้ ผู้สอนแนะนำทำการชี้แนะ สอนจนกว่าสามารถทำได้ (ใช้เวลา 30 นาที)

2.6) การประเมินการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้ป่วย หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนล้มปล้นฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะนำ (ใช้เวลา 30 นาที)

3) แผนการสอนแนะนำเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ



4) แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามการปฏิบัติจริงใช้เพื่อ การบันทึก เพื่อให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

5) แบบประเมินผู้สอนแนะ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาตัวผู้สอนแนะ หรือ โปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น ลักษณะเป็นแบบประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบได้อย่างอิสระ ผู้สอนแนะจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินหลังจากจบขั้นตอนที่ 4

6) แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับ ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนล้มลง 6 ปัจจัย คือ เซาวันปัญญาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร่องในการมองเห็น ความพร่องในการได้ยินและภาวะขาดน้ำ เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังให้การสอนแนะและใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เพิ่มเติม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความหมาย 2 ข้อ ลักษณะอาการทางคลินิก 4 ข้อ พยาธิสรีรวิทยา 1 ข้อ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิด 5 ข้อ เกณฑ์การวินิจฉัย 4 ข้อ การประเมิน 1 ข้อ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ 2 ข้อ และผลกระทบ 1 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบจากจำนวน 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การผ่านคือ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวนข้อทั้งหมด หากได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยให้คำชี้แนะ คำแนะนำและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องที่พยาบาลยังไม่เข้าใจ จนกว่าจะเข้าใจ

## 2.2 สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ประกอบด้วย

1) คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความทางวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรคและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลงในผู้สูงอายุ

2) คู่มือสำหรับผู้สอนแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในบทบาทของผู้สอนแนะ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตำรา วารสาร บทความทางวิชาการ และงานวิจัยต่าง ๆ เนื้อหาประกอบด้วย บทบาทของผู้สอนแนะ คุณลักษณะที่ต้องการของการสอนแนะและแนวปฏิบัติในการสอนแนะ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำแผนการสอนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม คือ คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามการปฏิบัติจริง คู่มือสำหรับผู้สอนแนะ แบบบันทึกเหตุการณ์ระหว่างโปรแกรมการสอนแนะ แบบประเมินผู้สอนแนะ แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและแบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของรูปแบบหรือกิจกรรมและการจัดลำดับเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 ซึ่งดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 ถือว่ายอมรับได้ (Polit & Beck, 2008) และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับปรุงข้อความบางข้อ เพื่อความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา เช่น คำถามข้อ 9 ท่านดูแลความเสี่ยงรบกวนในเวลานอน เช่น เสียงพูดคุย เสียงเดิน เสียงบดยา เสียงรถเข็นทำการพยาบาล

การแก้ไขปรับปรุง: แก้ไขเป็น ท่านดูแลไม่ให้มีเสียงรบกวนในเวลานอน เช่น เสียงพูดคุย เสียงเดิน เสียงบดยา เสียงรถเข็นทำการพยาบาล

2) แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ควรเพิ่มช่องการรักษาที่ได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการศึกษา

การแก้ไขปรับปรุง: ผู้วิจัยเพิ่มช่อง “การรักษาที่ได้รับ” เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในการศึกษา

3) แผนการสอนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ แนะนำให้ปรับรูปแบบของแผนการสอนแนะให้เป็นรูปแบบของแผนการสอน โดยมีหัวข้อ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอน และเกณฑ์การประเมินผล

การแก้ไขปรับปรุง: ผู้วิจัยเห็นว่าแผนการสอนแนะเดิมเป็นเหมือนแผนการสำหรับผู้สอนแนะ ในการสอนแนะพยาบาล ไม่ใช่แผนการสอนที่ใช้สอนพยาบาลและผู้วิจัยได้

ศึกษาจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งใช้การสอนแนะใน โปรแกรมมีลักษณะของแผนการแนะ เช่นเดียวกัน จึงขอคงแผนเดิมไว้

4) คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุ ให้ปรับปรุงเนื้อหา การใช้ภาษา รูปภาพประกอบและเพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนนับพลัน เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น

การแก้ไขปรับปรุง: ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหา การใช้ภาษา รูปภาพประกอบให้มีภาพชัดเจนยิ่งขึ้นและเพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนนับพลัน เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นภาพชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น

5) คู่มือสำหรับผู้สอนแนะ ให้ปรับปรุงเนื้อหา การใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย เช่น ชื่อของคู่มือเดิมเป็น “คู่มือโค้ช”

การแก้ไขปรับปรุง: เปลี่ยนชื่อเป็น “คู่มือสำหรับผู้สอนแนะ”

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแผนการสอนแนะและสื่อที่ใช้ประกอบ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 3 คน เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าใจเนื้อหา ความเหมาะสมและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เพื่อนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ผลพบว่า พยาบาลสามารถเข้าใจเนื้อหา ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมเหมาะสม

แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุและแบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันในผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาความเที่ยงตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .99

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2553 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

### 1. การเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมผู้วิจัย โดยการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุและกระบวนการสอนแนะ ผู้วิจัยเคยมีประสบการณ์ในการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้แก่พยาบาลจบใหม่ที่มาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุและสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน

1.6 ผู้วิจัยนัดหมายกับพยาบาล เพื่ออธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาเข้าร่วมวิจัย

1.7 ให้พยาบาลลงชื่อในหนังสือยินยอม หากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.8 ให้พยาบาลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การสอนแนะและประเมินภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ (TDRS)

## 2. การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการตามโปรแกรมการสอนแนะแก่พยาบาลเป็นรายบุคคลจนครบทั้ง 17 คน ระยะเวลาที่ให้โปรแกรมการสอนแนะสำหรับพยาบาลแต่ละราย ประมาณ 4 วัน ในระหว่างโปรแกรมการสอนแนะ ผู้สอนแนะคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่พยาบาลตลอด โปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1-3 ดำเนินการในวันเดียวกัน ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการในวันที่ได้นัดหมายกับพยาบาล หลังจากขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 5, 6 ดำเนินการในวันที่ 3 ของการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล (ในขั้นตอนที่ 4) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคยกับพยาบาล (ใช้เวลา 2 นาที)

ในระหว่างที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลทุกคนยิ้มแย้ม มีอัธยาศัยดี พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง

**ขั้นตอนที่ 2** ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ตามความรู้และประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลา 30 นาที) โดย

2.1 ผู้วิจัยสนทนาและสอบถามพยาบาลถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ

2.2 ผู้วิจัยกระตุ้นให้พยาบาลค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ

จากการค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุของพยาบาล ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันสรุปได้ดังนี้

1) ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ดีพอในเรื่องภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังและการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม บางครั้งเกิดความไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

2) ไม่ทราบว่า สิ่งที่ปฏิบัติอยู่บางกิจกรรมเป็นการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นได้ จึงมิได้เน้นการปฏิบัติ หรือการเฝ้าระวัง

3) ภาระงานประจำมาก อาจทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่

4) สถานที่และสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุก เช่น บางครั้งมีผู้ป่วยอาการหนัก หรือผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจำนวนมากไม่สามารถที่จะจัดสรรเตียงให้เหมาะสมได้ ทำให้บางครั้งผู้ป่วยสูงอายุอาจต้องนอนในห้องเดียวกับผู้ป่วยอาการหนัก ซึ่งต้องมีการเดินเข้า-ออกภายในห้องบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุพักผ่อนไม่เพียงพอและมีสิ่งกระตุ้นจากเสียง แสง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสับสนล้มลุกได้ และอีกสิ่งหนึ่งคือ ลักษณะของหอผู้ป่วย แบ่งเป็นห้อง ๆ แต่ละห้องมีจำนวนเตียงผู้ป่วย 5 เตียง ทำให้การมองเห็นลำบาก

2.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้พยาบาล แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 3** วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 60 นาที)

3.1 ผู้วิจัยให้คำแนะนำและสอนเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุในส่วนที่พยาบาลยังไม่รู้หรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยประเมินความรู้จากแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุที่พยาบาลได้ทำก่อนให้โปรแกรมการสอนแนะ หากพบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้ไม่ถึง ร้อยละ 80 เพื่อเป็นการปรับฐานความรู้ก่อนร่วมกันวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ เพื่อนำกลับไปทบทวน

เนื่องจากการประเมินความรู้ของพยาบาล โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุก่อนการให้โปรแกรมการสอนแนะ พยาบาลทุกคนได้คะแนนไม่ถึง ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจึงได้ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุแบบครบถ้วนและได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับพยาบาลบางคนในบางเรื่องที่ยังไม่เข้าใจ

3.2 ผู้วิจัยและพยาบาล ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยและพยาบาลมีเห็นตรงกันว่า การป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ (ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาล) ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุและการป้องกันเช่นเดียวกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้วางแผนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับอื่นด้วย

ผู้วิจัยและพยาบาลวางแผนร่วมกันว่าในช่วง Pre-conference หลังรับเวรเช้า จะสรุปยอดจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละทีม พร้อมทั้งให้พยาบาล

เจ้าของไข้ในแต่ละห้องเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในทีมเฝ้าระวังและนำ Case ที่พบว่ามีอาการสับสน จับปล้นมาแล้วให้เจ้าหน้าที่ทุกคนฟัง เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยและเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้วิจัยและพยาบาลวางแผนร่วมกันว่าจะนำสื่อที่มีอยู่จากการทำโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเรื่อง “เพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” มาใช้อย่างจริงจัง ซึ่งเป็นแฟ้มภาพการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย เอาไว้นำไปสอนผู้ป่วยข้างเตียง โดยพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด

3.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้พยาบาลมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยินและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจพยาบาลในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

#### ขั้นตอนที่ 4 พยาบาลฝึกปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (ใช้เวลา 3 วัน)

4.1 ผู้วิจัยติดตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสน จับปล้นในผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล แบบมีส่วนร่วม ระหว่างผู้วิจัยสังเกตมีการให้ข้อมูลย้อนกลับในกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ เช่น กล่าวชมเชยหากปฏิบัติได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจัดตารางวันที่ตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล โดยเลือกสังเกตในวันที่พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ภายใน 1-3 วันแรก และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวันละ 2-3 คน โดยเลือกติดตามสังเกตทีละคน ในรายที่ได้เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งต้องปรับเวลาการติดตามสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามสถานการณ์ ณ ขณะนั้น เลือกเวลาที่ติดตามสังเกตในเวรเช้า ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. และเวรบ่าย ช่วงเวลา 16.00-24.00 น. ส่วนเวรคึกช่วงเวลา 24.00-08.00 น. ผู้วิจัยไม่ได้เลือกตามสังเกต เนื่องจากในช่วงนี้ไม่ค่อยมีกิจกรรมทางการพยาบาลเท่าเวรเช้าและเวรบ่าย

4.2 ผู้วิจัยให้คำแนะนำ ให้ความรู้เพิ่มเติมและทบทวนสาธิตในกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง จนกว่าจะเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เรื่องที่ต้องให้คำแนะนำเพิ่มเติมส่วนใหญ่ คือ การใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น และแบบประเมินภาวะสับสนจับปล้น

เนื่องจากในช่วงที่ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติของพยาบาลมีผู้ป่วยอาการหนักและผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหลายรายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ภาระงาน

ค่อนข้างหนัก จากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ในวันแรกของการสังเกตยังไม่พบการปฏิบัติพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจในการปฏิบัติงานและพยายามกระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ วันที่ 2 และ 3 ของการสังเกตพยาบาลมีการปฏิบัติพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันมากขึ้น ซึ่งในแต่ละวันของการสังเกตผู้วิจัยได้พยายามกระตุ้นและให้กำลังใจเป็นระยะ

**ขั้นตอนที่ 5** การประเมินผลการปฏิบัติ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยให้พยาบาลประเมินผลการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ ทั้ง 6 หมวดกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา 2) การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 3) การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว 4) การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น 5) การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยิน และ 6) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่า หลังจากที่ได้รับ การสอนแนะ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุมากขึ้นและมีการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งทำให้รู้สึกตระหนักมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แต่เนื่องด้วยบางครั้งภาระงานค่อนข้างมากทำให้การดูแลผู้ป่วย หรือการปฏิบัติกิจกรรมในบางกิจกรรมอาจทำได้ไม่เต็มที่ ส่วนแผนการปฏิบัติที่วางไว้ส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ คือ การสอนการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย โดยใช้แฟ้มภาพการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเป็นสื่อการสอน เนื่องจากสภาพผู้ป่วยในช่วงนั้นไม่เอื้อต่อการสอน เช่น ผู้ป่วยบางรายอาการหนักต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

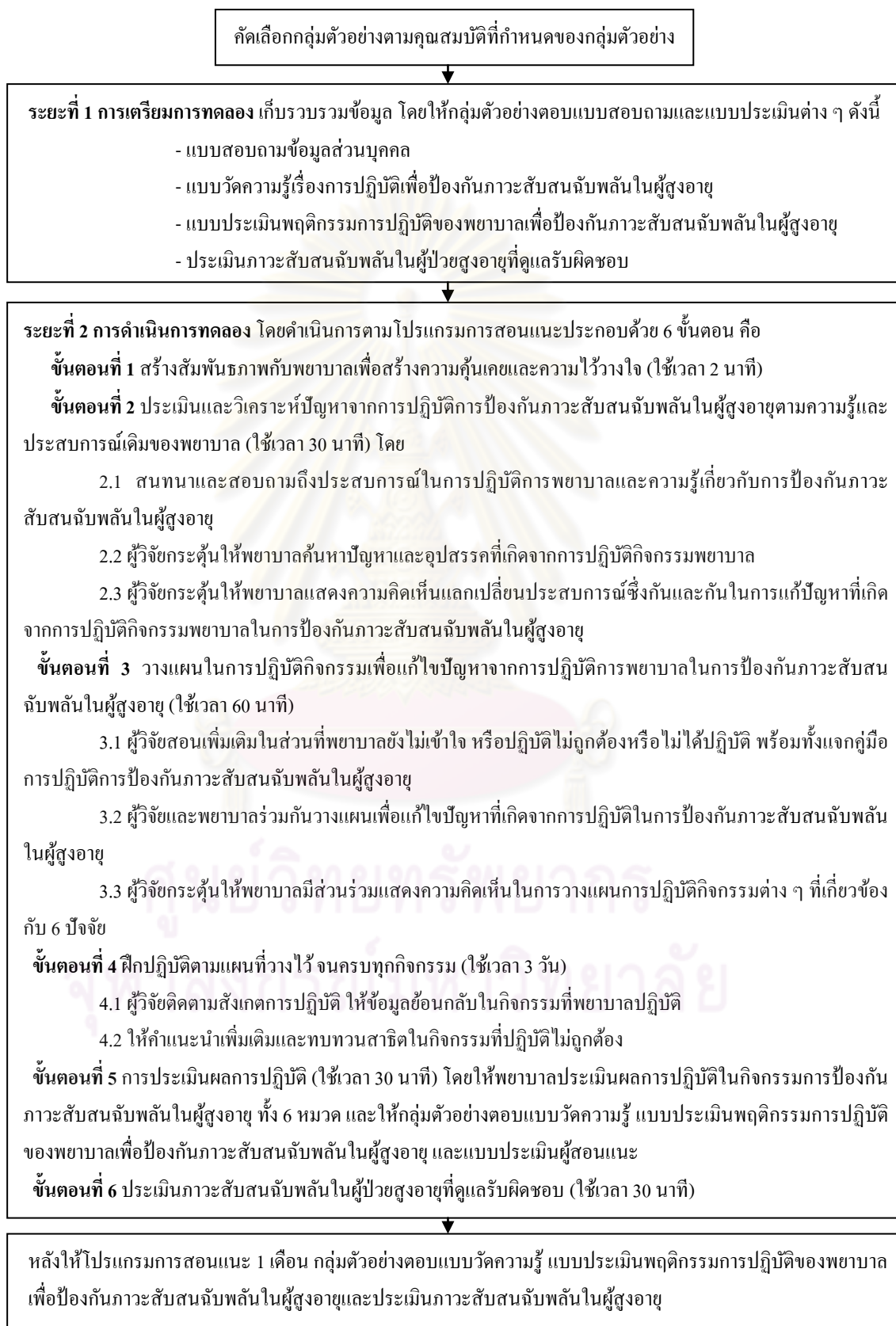
5.1 หลังให้การสอนแนะพยาบาลครบ 5 ขั้นตอนตามแผนการสอนแนะ ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ แบบประเมินผู้สอนแนะเพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาการสอนแนะให้ดียิ่งขึ้น และแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 6** ประเมินการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ (TDRS) และบันทึกการเกิดภาวะสับสนฉับพลันลงในแบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะ โดยพยาบาลผู้ได้รับการสอนแนะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแล

หลังให้โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการประเมินความรู้ของพยาบาลจากโปรแกรมการสอนแนะซ้ำ



## สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลจะไม่มีภาระบัญชีของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำเป็นรหัสแทนชื่อ ผู้ร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ถ้ารู้สึกว่าคุณละเมิดความเป็นส่วนบุคคลจากการถูกสังเกตพฤติกรรม และข้อมูลทั้งหมดจะวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาผลงานใด ๆ ทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หากค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ใช้การวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni
5. จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนล้มป่วย ใช้การแจกแจง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one-group repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุกต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 17 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนล้มลุกในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนแนะ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันและการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสับสนในผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=17)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	0	0
หญิง	17	100
<b>อายุ (<math>\bar{X} = 29.7</math> ปี, <math>SD = 4.71</math>)</b>		
21-25 ปี	6	35.3
26-30 ปี	1	5.9
31-35 ปี	9	52.9
36-40 ปี	1	5.9
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ปริญญาตรีทางการแพทย์หรือเทียบเท่า	16	94.1
ปริญญาโท	1	5.9
<b>ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน</b> ( $\bar{X} = 7.35$ ปี, $SD = 4.89$ )		
1-5 ปี	6	35.3
6-10 ปี	5	29.4
>10 ปี	6	35.3
<b>การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสับสน</b>		
<b>สับสนในผู้สูงอายุ</b>		
เคย	1	5.9
ไม่เคย	16	94.1

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-35 ปี คิดเป็น ร้อยละ 52.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.7 ปี (SD = 4.71) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 94.1 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 1-5 ปี และมากกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 35.3 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 7.35 ปี (SD = 4.89) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสับสนกลับกันในผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 94.1



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

ลำดับที่ ของกลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรมการ ปฏิบัติก่อนได้รับ โปรแกรม	คะแนนพฤติกรรมการ ปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรม ทันที	คะแนนพฤติกรรมการ ปฏิบัติหลังได้รับ โปรแกรม 1 เดือน
1	60	67	69
2	64	75	75
3	65	72	69
4	51	60	65
5	60	54	54
6	61	70	70
7	56	64	74
8	51	72	75
9	61	66	69
10	66	65	68
11	47	59	66
12	50	66	74
13	62	70	71
14	60	55	55
15	65	72	72
16	60	61	67
17	52	70	60
$\bar{X}$	58.29	66.76	67.82
<b>SD</b>	5.97	6.21	6.35

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 67.82 (SD = 6.35) รองลงมา คือ คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมทันที มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.76 (SD = 6.21) และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 58.29 (SD = 5.97)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

#### Tests of Within-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TIME	Huynh-Feldt	1.368	1.574	.869	17.347*	.000*
Error (TIME)	Huynh-Feldt	1.262	25.176	.050		

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติ F (Huynh-Feldt) = 17.347 และมีค่า P-value น้อยกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน เท่ากัน จึงได้ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Bonferroni ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแต่ละทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนและ 1 เดือน

เวลาที่ได้รับโปรแกรม	ก่อนได้รับโปรแกรม การสอนและ ( $\bar{X} = 58.29$ )	หลังได้รับโปรแกรม การสอนและทันที ( $\bar{X} = 66.76$ )	หลังได้รับโปรแกรม การสอนและ 1 เดือน ( $\bar{X} = 67.82$ )
ก่อนได้รับโปรแกรม การสอนและ	-	.299* (p=.002)	.381* (p=.001)
หลังได้รับโปรแกรม การสอนและทันที		-	.082
หลังได้รับโปรแกรม การสอนและ 1 เดือน			-

\*p<.05

$\bar{X}$  = คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น หลังได้รับโปรแกรมการสอนและทันที สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนและ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น หลังได้รับโปรแกรมการสอนและทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนและ 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน



### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

จากการศึกษา การประเมินการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนจับปล้นฉบับภาษาไทย (The Thai Delirium Rating Scale: TGDS) ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน พบว่า จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะเท่ากับ 1 ครั้ง หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ไม่พบการเกิดภาวะสับสนจับปล้น

### ส่วนที่ 4 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนแนะ

#### 4.1 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นตามการปฏิบัติจริง

จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นตามการปฏิบัติจริงเป็นรายบุคคลในขั้นตอนที่ 4 พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นส่วนใหญ่พบในช่วงเวรเช้า (เวลา 08.00-16.00 น.) เนื่องจากเป็นเวรที่มีกิจกรรมและจำนวนเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานมากกว่าเวรอื่น ๆ ทำให้ภาระงานไม่หนักมากนักเมื่อเทียบกับเวรอื่น ๆ พยาบาลจึงมีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ช่วงเวลาที่พบการปฏิบัติมากที่สุด คือ ช่วงดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตอนเช้า (morning care) เช่น เช็ดตัวให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นเวลาที่พยาบาลมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วย กระตุ้นการรับรู้วัน เวลา สถานที่ สอบถามอาการและความผิดปกติต่าง ๆ เช่น การนอนหลับเมื่อคืนที่ผ่านมา เพื่อเป็นการประเมินการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติที่กล่าวมาเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น การปฏิบัติอื่น ๆ ที่พบ เช่น พยาบาลมีการให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น เช่น ชวนผู้ป่วยพูดคุย ให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวในอดีต ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น กิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในช่วงเวรบ่าย (16.00-24.00 น.) ที่สังเกตพบ เช่น ในช่วงเดินตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามเตียง หลังจากรับ-ส่งเวร พยาบาลมีการชวนผู้ป่วยพูดคุยเรื่องต่าง ๆ เช่น ถามผู้ป่วยว่า “วันนี้มีใครมาเยี่ยมบ้าง” “วันนี้ วันที่เท่าไร” เป็นต้น ซึ่งเป็นการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับ

วัน เวลา สถานที่ บุคคล และในช่วงเวลาแจกยารับประทานก่อนนอนประมาณ 20.00 น. พยาบาลได้ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาก่อนผู้ป่วยอื่น และดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับ โดยการจัดสภาพแวดล้อม ปิดไฟภายในห้อง เปิดไฟเฉพาะดวงที่จำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น เป็นต้น

จากการสังเกตการปฏิบัติจริงส่วนใหญ่ในวันแรกของการสังเกตยังไม่พบการปฏิบัติพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจในการปฏิบัติงานและพยายามกระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ วันที่ 2 และ 3 ของการสังเกต พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันมากขึ้น ซึ่งในแต่ละวันของการสังเกต ผู้วิจัยได้พยายามกระตุ้นและให้กำลังใจเป็นระยะ แต่เนื่องจากในช่วงที่ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมกรปฏิบัติของพยาบาลมีผู้ป่วยอาการหนักและผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหลายราย ทำให้ภาระงานค่อนข้างหนัก ทำให้การปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันอาจทำได้ไม่เต็มที่

#### 4.2 การประเมินความรู้เรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุของพยาบาล

ก่อนให้โปรแกรมการสอนแนะ ผู้วิจัยมีการปรับฐานความรู้ของพยาบาลเรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะสับสนฉับพลัน สามารถประเมินและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุได้ โดยประเมินความรู้ของพยาบาลจากแบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ และผู้วิจัยมีการประเมินความรู้หลังให้โปรแกรมการสอนแนะทันที เพื่อให้คำแนะนำและความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่พยาบาลยังไม่รู้ หรือไม่เข้าใจ หากคะแนนความรู้ไม่ถึงร้อยละ 80 ส่วนการประเมินความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน เพื่อศึกษาความโน้มของความรู้ของพยาบาล ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องภาวะสับสนล้มในผู้สูงอายุ ของพยาบาล ก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน (n=17)

ลำดับที่ของ กลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนนความรู้ก่อนได้รับ โปรแกรม	คะแนนความรู้หลังได้รับ โปรแกรมทันที	คะแนนความรู้หลังได้รับ โปรแกรม 1เดือน
1	15	15	17
2	8	14	18
3	11	14	19
4	12	16	19
5	12	15	16
6	8	11	16
7	14	16	19
8	11	16	19
9	11	13	16
10	10	14	16
11	10	13	16
12	11	17	19
13	13	19	20
14	7	14	19
15	11	16	17
16	10	13	16
17	9	11	19
$\bar{X}$	10.76	14.53	17.71
<b>SD</b>	2.11	2.07	1.49

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลเรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 17.17 (SD = 1.49) รองลงมา คือ คะแนนความรู้ของพยาบาลเรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมทันที มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.53 (SD = 2.07) และคะแนนความรู้ของพยาบาลเรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 10.76 (SD = 2.11) ซึ่งคะแนนความรู้มีแนวโน้มสูงขึ้นหลังได้โปรแกรมการสอนแนะ

#### 4.3 การประเมินผู้สอนแนะ

หลังให้การสอนแนะครบ 6 ขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยให้พยาบาลผู้ได้รับการสอนแนะประเมินผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้สอนแนะ ผลการประเมินสรุปได้ ดังนี้

1) ด้านการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สอนแนะมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเป็นกันเอง ทำให้ผู้เรียนรู้สึกคุ้นเคย กล่าวสอบถามข้อมูลต่าง ๆ สนิทน้ำยิ้มแย้มแจ่มใสและการพูดมีลักษณะเป็นมิตร

2) ด้านการให้คำชี้แนะ/คำแนะนำ พยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สอนแนะให้คำแนะนำได้ดี ให้คำชี้แนะได้ชัดเจน เข้าใจง่าย มองเห็นภาพของกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติและการนำความรู้มาใช้ได้ชัดเจน

3) ด้านการให้ข้อมูลเพิ่มเติม พยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สอนแนะมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่เข้าใจและส่วนที่ต้องการทราบได้ชัดเจน มีการติดตามให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ ตลอดโปรแกรมการสอนแนะ

4) ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ พยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สอนแนะมีการให้คำชมเชยในสิ่งที่ได้แสดงความคิดเห็น หรือปฏิบัติได้ดี

5) ด้านอื่น ๆ พยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สอนแนะมีการติดตามตลอดการเก็บข้อมูล ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้ย้อนคิดในเรื่องที่เคยได้รับคำแนะนำอยู่เสมอ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one-group repeated measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 17 คน ระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2553

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนแนะและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
4. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

## สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ
2. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที
3. การเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น
- 1.3 แบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และแนวคิดการจัดกระทำแบบหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน

สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ และคู่มือสำหรับผู้สอนแนะ

- 2.2 แผนการสอนแนะการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ
- 2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามการปฏิบัติจริง ใช้เพื่อการบันทึกเพื่อให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่พยาบาลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2.4 แบบประเมินผู้สอนแนะหรือผู้ฝึกสอน เพื่อเป็นการปรับปรุงและพัฒนาตัวผู้สอนแนะหรือโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น

- 2.5 แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของรูปแบบหรือกิจกรรมและการจัดลำดับเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาความเที่ยงตามวิธีของ กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .99

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอายุรกรรม หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน พร้อมทั้งนัดหมายกับพยาบาล เพื่ออธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาเข้าร่วมวิจัย
4. หากยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การสอนแนะและประเมินภาวะสับสนล้มป่วยในผู้ป่วยสูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนล้มป่วยในผู้สูงอายุ (TDRS)

5. ดำเนินการทดลองกับพยาบาลเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ (ใช้เวลา 2 นาที)

2) พยาบาลประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุตามความรู้และประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 30 นาที)

3) พยาบาลวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหามาจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ โดยมีผู้วิจัยให้คำชี้แนะ คำแนะนำและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่พยาบาลยังมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 60 นาที)

4) พยาบาลฝึกปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ โดยผู้วิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อให้คำชี้แนะ คำแนะนำและข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (ใช้เวลา 3 วัน)

5) ประเมินผลการปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำภายใน 3 วัน โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง และประเมินผู้สอนแนะนำ (ใช้เวลา 30 นาที)

6) พยาบาลประเมินการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแล ในวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำภายใน 3 วัน (ใช้เวลา 30 นาที)

หลังให้โปรแกรมการสอนแนะนำ 1 เดือนผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบวัดความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุและประเมินภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุซ้ำอีกครั้ง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำ 1 เดือน ใช้การวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

5. จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน ใช้การวิเคราะห์โดยการแจกแจง

### สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลัน หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน

4. จำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะเท่ากับ 1 ครั้ง หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ไม่พบการเกิดภาวะสับสนฉับพลัน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการใช้โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ โดยนำแนวความคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) ร่วมกับรูปแบบการจัดกระทำหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) มาใช้กับพยาบาล ผลการศึกษาเป็นที่น่าพอใจถึงแม้ว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ สามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานได้ดังนี้

## สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้นหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับปล้น หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรา สุทธิธรรม (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เรไร พงศ์สถาพร และคณะ (2551) ศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ เจษฎาพร พิษัยยา (2545) ศึกษาผลของการสอนแนะต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรพยาบาลที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัด สูงกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ รุ่งระวี นาวิเจริญ (2550) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับระบบการพยาบาลชี้แนะแบบหลากหลายมีการรับรู้สัดส่วนการเกิดอาการภาวะแทรกซ้อน ต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ มีค่าระดับน้ำตาลสะสม น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษา การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ อธิบายได้ว่า การที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องนั้น พยาบาลต้องได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้องในการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิม ซึ่งการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงช่องว่างระหว่างความรู้ และการปฏิบัติของบุคลากร การให้ความรู้เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้นำความรู้มาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย โดยจะก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ดีและเป็นประโยชน์ (Goldrick & Turner, 1995) ซึ่งการสอนแนะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการวางแผนอย่างกว้าง ๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้เรียนทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียนแต่ละราย โดยมีผู้สอนแนะคอยให้คำแนะนำชี้แนะ ให้ความรู้เพิ่มเติมพร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (Girvin, 1999; Lachman, 2000; Spross, 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้การสอนแนะเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้การสอนแนะตามความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย และผลของการวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุพบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลจากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 10.76 (SD = 2.11) หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 14.53 (SD = 2.07) และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 17.71 (SD = 1.49) จะเห็นได้ว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยมีแนวโน้มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งความรู้ คือ สิ่งที่ประมวลมาจากการเรียนรู้หรือผลลัพธ์จากการเรียนรู้ และการเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลให้มีการพัฒนาการปฏิบัติ (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์, 2543; สุพัตรา ชาติปัญญาชัย, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oliver, Kravitz, Kaplan & Meyers (2001) ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะต่อผลลัพธ์ของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 67 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เฉพาะบุคคลและการสอนแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดและความถี่ของการเกิดความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

## สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ดีกว่าหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า เนื่องจากช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลและมีการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติหลังให้โปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังให้โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน มีผู้ป่วยอาการหนักค่อนข้างมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด มีกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนหลับอาจทำได้ไม่เต็มที่ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในแต่ละครั้งพบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.76 (SD = 6.21) คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.82 (SD = 6.35) จะเห็นได้ว่า ถึงแม้คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือนสูงกว่าหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดจากเกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลยังคงอยู่ ถึงแม้เวลาผ่านไป 1 เดือน ซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรหรือค่อนข้างถาวร อันเนื่องมาจากการสอน ประสบการณ์ หรือการฝึกปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวึง สุวรรณ, 2536)

## สมมติฐานที่ 3 การเกิดภาวะสับสนหลับในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

ผลการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะสับสนหลับในผู้สูงอายุก่อนที่พยาบาลได้รับโปรแกรมการสอนแนะเท่ากับ 1 ครั้ง หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนไม่พบการเกิดภาวะสับสนหลับ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่าการสอนแนะเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาลเป็นการช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน (Girvin, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabet et al. (2005) ได้ทำศึกษาโดยใช้วิธีการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยรูปแบบการให้ความรู้เป็นชุด เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า การให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาล จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนหลับและเพิ่มความตระหนัก หรือการรู้จักภาวะสับสน

จับปล้นในผู้ป่วยที่รับไว้แผนกอายุรกรรม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับความรู้โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้เป็นชุด ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้ตามโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า จำนวนการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและบุคลากรทางการแพทย์รู้จักภาวะสับสนจับปล้นมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lundstöm et al. (2005) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดกระทำแบบหลากหลายซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดระบบการพยาบาลใหม่และการดูแลรักษา ความรู้ที่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ มุ่งเน้นเกี่ยวกับการประเมิน การป้องกันและการรักษาภาวะสับสนจับปล้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลใน 2 หอผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือ หอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดกระทำแบบหลากหลายและกลุ่มทดลองคือ หอผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดกระทำแบบหลากหลาย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่า ๆ กัน แต่พบผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยที่ยังคงมีอาการสับสนในวันที่ 7 ในกลุ่มทดลอง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจับปล้น 2 คนในกลุ่มทดลอง 9 คนในกลุ่มควบคุม เสียชีวิตระหว่างอยู่โรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 94.1 หลังจากผู้วิจัยให้โปรแกรมการสอนแนะ ได้ประเมินความรู้ของพยาบาลเรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลจากการวัดทั้ง 3 ครั้งมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 10.76 (SD = 2.11) หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 14.53 (SD = 2.07) และหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 17.71 (SD = 1.49) และจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.76 (SD = 6.21) คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.82 (SD = 6.35) จะเห็นได้ว่า ถึงแม้คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดจากเกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า เมื่อพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ซึ่งการให้ความรู้เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้นำความรู้มาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย โดยจะก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่ดีและเป็นประโยชน์ (Goldrick & Turner, 1995) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุตามมา

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสอนแนะของ Girvin (1999) และรูปแบบการจัดกระทำหลายองค์ประกอบของ Inouye et al. (1999) สามารถทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

### ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว จึงอาจเกิดข้อจำกัดในเรื่องผลการวิจัยไม่สามารถกล่าวสรุปได้อย่างหนักแน่นว่า เป็นผลจากสิ่งทดลอง เพราะอาจเป็นผลจากตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) แต่ผู้วิจัยได้พยายามลดจุดอ่อนของรูปแบบการวิจัย โดยเลือกหออผู้ป่วยที่มีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และมีผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดในการวางแผนการวิจัย เลือกใช้สถิติที่เหมาะสม คือ การวัดความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เนื่องจากการวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการวัดพฤติกรรมปฏิบัติการของพยาบาลแต่ละครั้งในคนคนเดียวกัน ดังนั้นจึงเป็นการเปรียบเทียบกับตัวเองหรือควบคุมตัวเอง ทำให้เพิ่มอำนาจในการทดสอบ (power of the test) และใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กลงได้ (ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนุกิจ, 2550)

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนจับปล้นมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติการในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### ด้านการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ควรนำโปรแกรมการสอนแนะมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

### ด้านการบริหาร

1. ควรอนุญาตให้นำวิธีการสอนแนะมาใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน
2. ควรจัดให้มีผู้สอนแนะในหอผู้ป่วย เป็นพยาบาลอาวุโสหรือผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีความชำนาญในเรื่องต่าง ๆ มีคุณสมบัติที่สามารถเป็นผู้สอนแนะได้ เพื่อคอยให้คำชี้แนะ คำแนะนำ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับแก่พยาบาลในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ให้ Intervention ภายหลัง 1 เดือน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจวัดได้แค่ทันทีหลังให้โปรแกรม ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรให้ Intervention ในระหว่าง 1 เดือน หลังโปรแกรมการสอนแนะทันที เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนแนะในปัญหาที่ยากหรือซับซ้อน และมีการจัดกระทำที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จันทนา รัตนฤทัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. (2548). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

จำลอง คิชยวณิช และ มานิต ศรีสุรภานนท์. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: ชายนี่ ซีรีส์.

จินตนา สันธสุวรรณ์. (2550). **ปัจจัยทำนายภาวะสับสนระดับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจษฎาพร พิษัยยา. (2545). **ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชวลี เข้มวงษ์. (2530). **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2(3): 65-75.

ชาญชัย โพธิ์คลัง. (2532). **หลักวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา (The scientific basic of coaching)**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ดร.ณิ รุจกรกานต์. (2541). **การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล**. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.

นัลดดา คำนิยม. (2549). **ภาวะสับสนระดับปล้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนระดับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตยา ภาสุนันท์. (2548). **ปัญหาความพร้อมในการสื่อสาร ความจำและการเรียนรู้**. ใน จันทนา รัตนฤทัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 179-200. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.



- นุชนาฏ แจ่มสว่าง, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุภาพ อารีเอื้อ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2007). ปัจจัยทำนายจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาชิปดี. *รามาชิปดีสาร* 13(3): 405-425.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2537). *การพัฒนาการสอน*. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุศรา เอี้ยวสกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ สมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก. (2545). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาชิปดีพยาบาลสาร* 8(3): 209-223.
- บุศริน เอี้ยวสีหยก. (2545). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยคัดลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และคัดลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจลักษณ์ มณีทอง. (2551). *จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลทั่วไป*. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิมพ์ ปันตัน. (2547). ผลของการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลด้านการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: อัสลาสต์เพรส.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2543). *ระเบียบวิธีการสอนการพยาบาลในคลินิก*. นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2542). ภาวะซึม สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ. *สารศิริราช* 51(12): 986-996.

- รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2551). ภาวะ Delirium ในผู้ป่วยสูงอายุ: การรักษาและการป้องกัน. วารสารพจนานิตยศาสตร์ผู้สูงอายุ 9(4): 1-6.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2550). ผลของระบบการพยาบาลที่เน้นแบบหลากหลายต่อภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรไร พงศ์สถาพร, นันทา เล็กสวัสดิ์, มรรยาท ณ นคร และ นริศ ทิรานนท์. (2550). ผลของการโภชนาการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. พยาบาลสาร 35(2): 112-120.
- ดิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วชิรา สุทธิธรรม. (2551). ผลของโปรแกรมการสอนเน้นต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรพรรณ เสนาณรงค์, นบวรรณ ศิวะศรียานนท์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ นิพนธ์ พวงรินทร์. (2541). การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบทดสอบ The Mini-Mental State Examination และ Chula Mental Test. สารศิริราช 50(6): 569-575.
- วาสนา ชนเศรษฐ, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2007). การป้องกัน และการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต. ราชบัณฑิตสาร 13(3): 349-367.
- วิจารณ์ วิชัยยะ และ กฤษ ชื่นศิริ. (2536). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (3<sup>rd</sup> ed.-revised). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อาร์ ดี พี.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). การสอนแนะ (coaching): สอนแบบใจสัมผัสใจ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 13(1): 41-45.
- วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล. (2552). ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. หน้า 109-124. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. (2550). พจนานุกรมศัพท์การวิจัยและสถิติ. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). **สุขภาพคนไทย 2550.**

กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). **การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เรื่องการเปรียบเทียบ**

**ความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) (MMSE-Thai)**

**2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination**

**;TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม.** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการ

แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน และ รัตนา สายพานิชย์. (2543).

การพัฒนา Delirium Rating Scale ฉบับภาษาไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**  
**ไทย** 45(4): 333-338.

สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, สุทธิพร เจณณวาสิน และ รัตนา สายพานิชย์. (2544).

ความแม่นยำของ The Thai Delirium Rating Scale ฉบับ 6 ข้อประเมิน. **สารศิริราช**  
53(9): 672-677.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สิรินทร นันศิริกาญจน. (2548). Delirium/ Acute confusion in the elderly. ใน **วันดี โภคะกุล**

(บรรณาธิการ). **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์.** หน้า

191-206. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา ชาตปัญญาชัย. (2549). **กระบวนการเรียนรู้: แนวคิด ความหมาย และบทเรียนใน**

**สังคมไทย.** กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์ ไทย ออฟเซต.

สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ. (2547). **19 วิธีจัดการเรียนรู้: เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ.**

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

หน่วยเวชระเบียนและสถิติ. (2550-2551). **รายงานสถิติการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลปี พ.ศ.**

**2550-2551.** กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

อรุณี ตำภาทอง. (2538). **การเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนของครูประถมศึกษาโดยกระบวนการ**

**ฝึกอบรมแบบเน้นการสอนแนะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณศึกษิต. สาขาหลักสูตรและการ

สอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพิน สีขาว. (2546). **ภาวะสับสนอย่างเฉียบพลัน: มุมมองใหม่ในการป้องกันดูแล.** **วารสาร มฉก.**

**วิชาการ** 7(13): 91-101.

- อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์, ดวงแข พิทักษ์สิน, สมสุข สิงห์ปัญจันที และ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ.  
(2544). ผลของการสอนแนะต่อทักษะการสวนปัสสาวะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี* 13(1): 10-15.
- อัญชุลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ และ ชุมศรี หิงษ์พฤกษ์. (2533). The Mini-Mental State Examination (MMSE): แบบทดสอบในการตรวจหาความพิการทางสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 35 (4): 208-216.
- อาภรณ์ ภู่วิทยพันธ์. (2548). *สอนงานอย่างไร...ให้ได้งาน (coaching)*. กรุงเทพมหานคร: เอช อาร์ เซ็นเตอร์.

### ภาษาอังกฤษ

- Allenbaugh, G. E. (1983). Coaching: A management tool for a more effective work performance. *Management Review* 27 (5): 21-26.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (4<sup>th</sup> ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bergmann, et al. (2005). A model of management of delirious post acute care patients. *Journal of American Medical Association* 53: 1817-1825.
- Burns, A., Gallagley, A., & Byrne, J. (2004). Delirium. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry* 75: 362-367.
- Clark, B., & Halm, M. A. (2003). Postprocedural acute confusion in the elderly, *ANJ* 3(5): 64UU – 64EE.
- Clarke, E. B., & Spross, J. A. (1996). **Expert coaching and guidance**. In A. B. Hamric, J. A., Spross & C. M. Hanson (eds.), **Advance nursing practice: An integrative approach**, pp. 139-164. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Coffey, C. E., & Cummings. J. L. (1994). **Textbook of geriatric neuropsychiatry**. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cole, M. G., et al. (1994). Systematic intervention for elderly in patients with delirium: A randomized clinical trial. *Canadian Medical Association Journal* 151: 965–970.
- Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 12(1): 7-21.

- Cole, M. G. (2005). Delirium in Elderly Patient. **The Journal of Lifelong learning in Psychiatry** 3(2): 320-332.
- Culp, K. R., & Cacchione, P. Z. (2006). Nutritional status and delirium in long-term case elderly individuals. **Applied Nursing Research** 21: 66 – 74.
- Davies, H. D. (1999). Delirium and Dementia. In J. T. Stone, J. F. Wyman & S. A. Salisbury (eds.), **Clinical gerontological nursing: A guide to advanced practice**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Disayavanish, C., & Furmaga, K. M. (1997). Delirium. In T. H. Jobe, M., Gaviria, & A., Kovilparambil (eds), **Clinical neuropsychiatry**. Malden: Blackwell Science.
- Ebersole, P., et al. (2004). **Toward Healthy Aging**. 6<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. & Jett, K. (2005). **Gerontological nursing & healthy aging**. 2<sup>nd</sup> ed. St.Louis: Elsevier Mosby.
- Edlund, A., et al. (2006). Delirium in older patients admitted to general internal medicine. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology** 19 (2): 83-90.
- Eliopoulos, C. (1995). **Manual of gerontologic nursing**. St. Louis: Mosby.
- Faezah, S. K., Zhang, D. & Yin, L. F. (2008). The prevalence and risk factors of delirium amongst the elderly in acute hospital. **Singapore Nursing Journal** 35(1): 11-14.
- Featherstone, I., Hopton, A., & Saddigi, N. (2010). An intervention to reduce delirium in care homes. **Nursing Older People** 22(4): 16-21.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. **Journal of the American Geriatrics Society** 50: 1723-1732.
- Folstien, M. F., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State, practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research** 12: 189-198.
- Foreman, A. D., et al. (2001). Delirium in elderly patients: an overview of the state of science. **Journal of Gerontological Nursing** 27(4): 12-20.
- Francis, J., Matin, D., & Kapoor, W. N. (1990). A prospective study of delirium in hospitalized elderly. **JAVA** 263(8): 1097-1101.
- Furlaneto, M. E., & Garcez-Lene, L. E. (2006). Delirium in elderly individuals with hip fracture: cause, incidence, prevalence and risk factor. **Clinics** 61(1): 1-9.

- Gill, T. S. (2007). The delirious patient. In H. R. Khouzam, D. T. Tan., & T. S. Gill (eds), **Handbook of emergency psychiatry**. Philadelphia: Mosby.
- Girvin, J. (1999). Coaching for improving job performance and satisfaction. **Nursing Times** 95(50): 55-57.
- Goldric, B. A., & Tutner, J. G. (1995). Education and behavior change in prevention and control of infection. In B. M., Soule, E. L., Larson,, & G. A., Preston (eds.), **Infections and nursing practice: Prevention and control**. Baltimore: Mosby.
- Grealish, L. (2000). The skills of coach are an essential element in clinical learning. **Journal of Nursing Education** 39(5): 231-233.
- Harkness, G. A., & Dincher, J. R. (1996). **Medical Surgical Nursing: Total Patient Care**. 10<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Holroyd-Leduc, J. M., Khandwala, F., & Sink, K. M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital?. **CMAJ** 182(5): 465-470.
- Hughes, S. (2003). Promoting independence: The nurse as coach. **Nursing Standard** 18(10): 42-44.
- Hustey, F., & Meldon, S. (2002). The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. **Annals of Internal Medicine** 39: 248-253.
- Inouye, S. K., vanDyck, C. H., Alesi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. **Annals of Internal Medicine** 133 (12): 941-948.
- Inouye, S. K. (1994). The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. **The American Journal of Medicine** 97 (3): 278-288.
- Inouye, S. K., et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. **The New England Journal of Medicine** 340(9): 669-676.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. **The New England Journal of Medicine** 16: 1157-1166.
- Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, L. M. J. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. **Archives of Internal Medicine** 161 (20): 2467-2473.

- Inouye, S. K., and Young, J. (2007). Delirium in older people. **BMJ** 344: 842-846.
- Irving, K., Fick, D., & Foreman, M. (2006). Delirium: A new appraisal of an old problem. **Journal complication** 106-112.
- Iseli, R. K., Brand, C., Telford, M., & Logiudice. (2007). Delirium in elderly general medical inpatients: A prospective study. **Internal Medicine Journal** 1-6.
- Jitapunkul, S., & Hanvivadhankul, P. (1998). Outcome and predicting factors of mortality among newly admitted female medical inpatients. **Journal of Medical Association Thai** 81: 491 – 496.
- Kee, H. M. (2006). **Pharmacology: A nursing process approach**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier.
- Kramer, A. (1999). Coaching: An integral component. In B. Haag-Heitman (ed.), **Clinical practice development using novice to expert theory**. Maryland: Aspen.
- Kratz, A. (2008). Use of acute confusion protocol: A research utilization project. **Journal of Nursing Care Quality** 23(4): 331-337.
- Lachman, V. D. (2000). Enrich your performance coaching techniques. **Nursing management** 31(1): 14-19.
- Laurila, J. V., et al. (2008). Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. **Journal of Psychosomatic Research** 65: 249 – 254.
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. **Journal of the American Geriatrics Society** 54(4): 685-689.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. (2007). **Matteson and mcconnell's gerontological nursing: Concept and practice**. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis : Elsevier.
- Lipowski, Z. J. (1990). **Delirium: Acute confessional states**. New York : Oxford Press.
- Lipowski, Z. J. (1993). Transient cognitive disorders (delirium, acute confessional states) in elderly. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 140(11): 1426-1436.
- Liptzin, B. (1995). Delirium. **Arch Fam Med** 4: 453-458.
- Litton, K. A. (2003). Delirium in critical care patient: What the professional staff needs to know. **Critical Care Nursing Quarterly** 26(3): 208-213.

- Lundstöm, M., et al. (2005). A multifactor intervention program reduces the duration, length of hospitalization, and motility in delirious patient. **Journal of the American Geriatrics Society** 53(4): 622-628.
- Mauk, K. L. (2006). **Gerontological nursing: Competencies for care**. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- McCusker, J. K., et al. (2002). Delirium predicts 12- month mortality. **Arch Intern Med** 162: 457-463.
- Melisen, K., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 49(5): 523-532.
- Melisen, K., et al. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with fracture. **Journal of Gerontological nursing** 28(11): 23-29.
- Mezey, M., Fulmer, T., & Abraham, I. (2003). **Geriatric nursing protocols for best practice**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer.
- Miller, C. A. (2004). **Nursing for wellness in older adults: theory and practice**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, C. A. (2009). **Nursing for wellness in older adults**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, M. O. (2008). Evaluation and management of delirium in hospitalized older patients. **American Family Physician** 78(11): 1265-1270.
- Moran, J. A., & Dorevitch, M. I. (2001). Delirium in the hospitalized elderly. **Australian Journal of Hospital Pharmacy** 31: 35 -40.
- Nazarko, L. (2002). **Nursing in care homes**. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Blackwell Science.
- O'Keefe, S. T. (1999). Delirium in the elderly. **Age Ageing** 28 (supplement 2): 5-8.
- Oliver, J. W., Kravitz, R. L., Kaplan, S. H., & Meyers, F. J. (2001). Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. **Journal of Clinical Oncology** 19(7): 2206-2212.
- Peck, S. (2005). **'Quick reference' Guide for the care and treatment of older people with delirium in a general hospital**. 2<sup>nd</sup> ed. (n.p.).



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). **Nursing research**. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pretto, M., et al. (2009). Effect of an interdisciplinary nurse-led delirium prevention and management program (DPMP) on nursing workload: A pilot study. **International Journal of Nursing Studies** 1-9.
- Rapp, C. G., et al. (2001). Training of acute confusion resource nurses. **Journal of Gerontological Nursing** 27(4): 34-40.
- Rapp, C. G., & Iowa Veterans Affairs Nursing Research Consortium. (2001). Acute confusion /delirium protocol. **Journal of Gerontological Nursing** 27(4): 21-33.
- Redshow, B. (2000). Do we really understand coaching? How can we make it better. **Industrial and Commercial Training** 32(3): 106-108.
- Rockwood, K. (1989). Acute confusion in elderly medical patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 37(2): 150-154.
- Rockwood, K., et al. (1994). Increasing the recognition of delirium in the elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 42(3): 252-256.
- Rummans, T. A., Evans, J. M., Krahn, L. E., & Fleming, K. C. (1995). Delirium in elderly patients: Evaluation and management. **Mayo Clin Proc** 70: 989-998.
- Saddi, N., House, A. O., & Homles, J. D. (2006) Occurrence and outcome of delirium in medical in- patients: A systematic literature review. **Age Ageing** 35(4): 350-364.
- Sanders, A. B. (2002). Missed delirium in older emergency department patients: A quality-of-care problem. **Annals of Emergency Medicine** 39(3): 338-341.
- Schofield, I. (2008). Delirium: Challenges for clinical governance. **Journal of Nursing Management** 16: 127-133.
- Schutz, W. C. (1998). **FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Will Schultz Associates.
- Sheng, A. Z., et al. (2006). Delirium within three ayds of stroke in a cohort of elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 54: 1192-1198.
- Spross, J. A. (2005). Expert coaching and guidance. In Hamric, A. B., Spross, J. A. and Hanson, C. M. (eds.), **Advanced practice nursing: An integrative approach**. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis: Elsevier Saunders.

- Stanley, M. & Beare, P. G. (1995). **Gerontological Nursing**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Tabet, N., et al. (2005). An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. **Age and Ageing** 34(2): 152-156.
- Thomson, H., & Norman, L. J. (2006). Delirium (acute confessional states) in later life. In Redfern, S., and Ross, F. M. (eds), **Nursing older people**. Philadelphia: Elsevier.
- Thorpe, S., & Clifford, J. (2003). **The coaching handbook: An action kit for trainees & manager**. Great Britain: Crays.
- Tropea, J., Slee, J. A., & Brand, C. A. (2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. **Australian Journal on Ageing** 7(3): 150-156.
- Twedell, D. (2005). Delirium. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 36(3): 102-103.
- Van, Z. L., & Seitz, D. P. (2006). Delirium concisely: Condition is associated with increased morbidity mortality and length of hospitalization. **Geriatric** 61(3): 18-21.



ต้นฉบับไม่มีหน้า 96

NO PAGE 96 IN ORIGINAL

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด
1. อาจารย์ พ.ญ. โสภพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาและ จิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร.พิชญากรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ.ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. น.ส.วันเพ็ญ แสงสงวน	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล
5. น.ส.ชุติ ภู่ทอง	สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
ขอทดลองใช้เครื่องมือ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0369

วันที่ 9 มีนาคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพิชญากร ธรรมจริยกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการสอน และเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง โสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง โสพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวพิชญากร ธรรมจริยกุล โทร. 08-1909-3035



ที่ ศบ 0512.11/ 0493



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2553

โรงพยาบาลราชวิถี  
26 มี.ค. 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ  
ที่ 978  
รับ วันที่ 30 มี.ค. 2553  
เวลา 14.30 น.

เนื่องด้วย นางสาวพิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสอน และเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจัดปล้น ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้น แบบบันทึกการเกิดภาวะสับสนจัดปล้นในผู้ป่วยสูงอายุ แผนการสอนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ คู่มือปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ คู่มือโค้ช แบบประเมินโค้ช แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นตามการปฏิบัติจริง แบบบันทึกเหตุการณ์ระหว่างโปรแกรมการสอนและ แบบวัดความรู้เรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

① เรียน ของผู้ขอ แนวทางการกลุ่มการวิจัย และ เพื่อโปรดทราบ

- เห็นการเสนอ กลุ่มงาน สนับสนุนวิชาการ พิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

นางสาวพิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล

นางสาวพิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล

29 มี.ค. 2553

สำเนาเรียน

ประธานคณะกรรมการระเบียบวิธีวิจัย

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814


ชื่อนิสิต

นางสาวพิชญารักษ์ ธรรมจริยกุล โทร. 08-1909-3035  
พ.คลินิก (พิเศษ) นพ. อุดม ไกรฤทธิชัย  
หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

② ที่จริง : ด่วน ๕ นาที

31 มี.ค. 2553

ที่ จพร.ด. 3336 / 2553

  
สภาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
1873 ถนนพระรามที่ 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330


26 สิงหาคม 2553

เรื่อง ยินดีให้นิติเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11 / 0424 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2553

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวพิษณุภรณ์  
ธรรมจริยกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำวิจัยเพื่อเสนอ  
เป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนระดับปล้นต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติ  
ของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนระดับปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” และในการนี้ ได้ขอ  
อนุญาตเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดยกรุณา  
ติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล 0-2256-4360 ตามวันและเวลาราชการ อนึ่ง ก่อนเข้าพบบุคคลดังกล่าว  
ขอให้นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้ มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บ  
ข้อมูล ณ ฝ่ายเลขานุการ ดึกอำนวยการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 3

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

  
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ โคธีรานูรักษ์)  
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และสารสนเทศ  
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มงานร่างโต้ตอบเอกสาร ฝ่ายเลขานุการ  
โทรศัพท์ : 0-2256-4312  
โทรสาร : 0-2256-4368

**เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี**

รหัสโครงการวิจัยที่ 53068

เอกสารเลขที่ 068 /2553

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรม  
การปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการ  
รักษาในโรงพยาบาล”

(ภาษาอังกฤษ) “THE EFFECTS OF COACHING PROGRAM TO PREVENT DELIRIUM ON  
NURSES' BEHAVIORS AND INCIDENCE OF DELIRIUM IN HOSPITALIZED  
OLDER PERSONS”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาว พิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล  
ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2553 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา  
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 22 เดือน เมษายน พ.ศ. 2555

ลงนาม \_\_\_\_\_

(รศ.ศรินทร์กานันท์ อุดมวิทิต)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ลงนาม \_\_\_\_\_

(นางวารุณี จินารัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

COA No. 205/2010  
IRB No. 138/53

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันต่อพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**เลขที่โครงการวิจัย** : -

**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวพิชญานันท์ ธรรมจริยกุล

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

### เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Date 4 May 2010
2. โครงร่างการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 24 Feb 10
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 4 May 2010
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 4 May 2010
5. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล Version 1.0 Date 24 Feb 10

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรอนพ ใจสำราญ)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

**วันที่รับรอง** : 27 พฤษภาคม 2553

**วันหมดอายุ** : 26 พฤษภาคม 2554

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยพัทพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้น ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิชญารมณ์ ธรรมจริยกุล นิสิตสาขาพยาบาลศาสตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ. พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564500 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-9093035  
E-mail: [pichayaporn@gmail.com](mailto:pichayaporn@gmail.com)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน และเพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะสับสนจับปล้นก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน
2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยได้รับโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ
3. ประชากรในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมหอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 17 คน
4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ คือ

ก่อนการทดลองผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ และประเมินภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ โดยใช้เวลา 30 นาที

เริ่มโปรแกรมการสอนแนะ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ (ใช้เวลา 2 นาที)

2) พยาบาลประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุตามความรู้และประสบการณ์เดิม (ใช้เวลา 30 นาที)

3) พยาบาลวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ โดยมีผู้วิจัยให้คำชี้แนะ คำแนะนำและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่พยาบาลยังมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ (ใช้เวลา 60 นาที)

4) พยาบาลฝึกปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ โดยผู้วิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อให้คำชี้แนะ คำแนะนำและข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ (ใช้เวลา 3 วัน)

5) ประเมินผลการปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะภายใน 3 วัน โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง และประเมินผู้สอนแนะ (ใช้เวลา 30 นาที)

6) พยาบาลประเมินการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแล ในวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะภายใน 3 วัน (ใช้เวลา 30 นาที)

หลังให้โปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบแบบวัดความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุและประเมินภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุซ้ำอีกครั้ง

5. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

7. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ข้อมูลทั้งหมดนำมาใช้เพื่อการวิจัยนี้เท่านั้น

8. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 081- 9093035 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสอนแนะเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลและการเกิดภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวพิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล ที่อยู่ที่ติดต่อ เลขที่ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคารกุลพิพัฒน์ ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ที่ติดต่อ 081-9093035 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่/วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(นางสาวพิชญากรณ์ ธรรมจริยกุล)
.....	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	.....
สถานที่/วันที่	( )

พยาน





ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

Participant No.....

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด  1.ประกาศนียบัตรพยาบาลเทคนิค  
 2.ปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า  
 3.ปริญญาโท
4. ตำแหน่ง  1. พยาบาลเทคนิค  
 2. พยาบาลวิชาชีพ
5. ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
6. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันภาวะสับสนล้มปล้นในผู้สูงอายุ หรือไม่  
 ไม่เคย  
 เคย .....ครั้ง

โดยใคร (ระบุ).....

### แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนในผู้สูงอายุ

Pre-test       Post-test หลังสอนแนะทันที      Participant No.....  
 Post-test หลังสอนแนะ 1 เดือน

#### คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ต้องการทราบการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของท่าน เพื่อป้องกันภาวะสับสนในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา 2) การดูแลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 3) การดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว 4) การดูแลเพื่อส่งเสริมการมองเห็น 5) การดูแลเพื่อส่งเสริมการได้ยิน และ 6) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ รวมข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ กรุณาอ่านข้อความอย่างรอบคอบและทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบประเมินขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมตรงกับข้อความนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตรงกับข้อความนั้นบางครั้ง
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมตรงกับข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง

#### คำอธิบายศัพท์เฉพาะ

**เชาวน์ปัญญา (cognitive)** หมายถึง การทำงานของสมองด้านความจำ การรับรู้ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ จินตนาการ และความคิด

รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรม			
	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (3)	สำหรับ ผู้วิจัย
หมวดที่ 1 การดูแลเพื่อส่งเสริมชวชนปัญญา				
1. ท่านได้ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นในผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล				
2. ท่านได้ประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางชวชนปัญญา				
3. เมื่อแรกรับผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล ท่านได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เช่น สถานที่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ชื่อพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลและแจ้งให้ทราบตารางกิจกรรมในแต่ละวัน				
4.....				
5.....				
6.....				

แบบบันทึกการเกิดภาวะสับสนล้มลงในผู้ป่วยสูงอายุ (สำหรับพยาบาล)

Pre-test       Post-test หลังสอนแนะทันที      Participant No.....  
 Post-test หลังสอนแนะ 1 เดือน

คำชี้แจง กรณีบันทึกการเกิดภาวะสับสนล้มลงในผู้ป่วยสูงอายุที่ท่านดูแลรับผิดชอบ ในวันที่  
ท่าน ขึ้นปฏิบัติงาน โดยประเมินอาการจากแบบประเมินภาวะสับสนล้มลงฉบับ  
ภาษาไทย (TDRS)

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	ลักษณะอาการ	การรักษา	หมายเหตุ



ส่วนที่ 2  
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แผนการสอนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ

การสอนแนะ (coaching) เป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติของบุคลากร ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาล 3) การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม 4) การฝึกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนไว้ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับแนะนำเพิ่มเติมเมื่อพบว่ายังปฏิบัติไม่ถูกต้อง 5) การประเมินผลการปฏิบัติ โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง และ 6) ประเมินการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

ผู้วิจัยให้การสอนแนะตามแผนการสอนแนะการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนจับปล้นในผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจและมีความมั่นใจต่อผู้ฝึกสอน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้และให้ข้อมูลย้อนกลับจนครบทุกกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินการเกิดภาวะสับสนจับปล้นในผู้ป่วย



เวลาของการสอน การสอน แนะ	ขั้นตอนการสอนแนะ	กิจกรรมและรายละเอียดของการสอนแนะ
2 นาที	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล	<b>การสร้างสัมพันธภาพ</b> 1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทายอย่าง ทักทายด้วยความเป็นมิตร แนะนำตนเองด้วยท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและทดสอบความรู้ในการป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน 2.....
30 นาที	ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน	<b>การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา</b> 1. ผู้วิจัยสนทนาและสอบถามถึงประสบการณ์เดิมในการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ การได้รับความรู้และการปฏิบัติการป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการสอนแนะ โดยใช้คำถามดังนี้ 1.1 ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนจัดปล้นหรือไม่ บ่อยครั้งแค่ไหน และท่านเคยได้รับความรู้หรือการฝึกปฏิบัติในการป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุหรือไม่ ถ้าได้รับ ได้รับจากใคร เมื่อไร และเรื่องอะไรบ้าง

เวลาของการสอน แนะ	ขั้นตอนการสอนแนะ	กิจกรรมและรายละเอียดของการสอนแนะ
60 นาที	ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติกรพยาบาล	<p>1.2.....</p> <p>ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ ตามความรู้และประสบการณ์เดิมของบุคลากร โดยขณะที่บุคลากรร่วมกันวางแผน ผู้วิจัยรับฟังข้อมูลและให้คำชี้แนะ คำแนะนำและข้อมูลเพิ่มเติม ในกรณีที่บุคลากรมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนจัดปล้นในผู้สูงอายุ ในเรื่อง การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนจัดปล้น 6 ปัจจัย คือ เชาวน์ปัญญาบกพร่อง การสูญเสียการนอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความพร่องในการมองเห็น ความพร่องในการได้ยิน และภาวะขาดน้ำ ดังนี้</p> <p><b>การดูแลเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญา</b></p> <p>เนื่องจากภาวะความบกพร่องของสมองเกี่ยวกับเชาวน์ปัญญา (cognitive impairment) เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะสับสนจัดปล้น การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสามารถช่วยลดการเกิดภาวะสับสน</p>

เวลาของการสอน แนะ	ขั้นตอนการสอนแนะ	กิจกรรมและรายละเอียดของการสอนแนะ
3 วัน	ขั้นตอนที่ 4 การฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้	<p>จับพลันได้ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังต่อไปนี้</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p><b>การปฏิบัติกิจกรรมและติดตามการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ</b></p> <p>ผู้วิจัยติดตาม สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องการป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ ของบุคลากรทุกคนจนครบทุกกิจกรรมและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจในกรณีที่ปฏิบัติได้ถูกต้องและให้คำชี้แนะ คำแนะนำเพิ่มเติม ในกรณีที่มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องจนแน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง</p>
30 นาที	ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม	<p><b>การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ</b></p> <p>1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันภาวะสับสนจับพลันในผู้สูงอายุ และสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการ</p>

เวลาของการสอน แนะ	ขั้นตอนการสอนแนะ	กิจกรรมและรายละเอียดของการสอนแนะ
30 นาที	ขั้นตอนที่ 6 การประเมินการเกิดภาวะสับสน จับพจน์ในผู้ป่วย	<p>ปฏิบัติกิจกรรม และวิธีการที่จะปรับปรุงการปฏิบัติ หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำถามต่อไปนี้</p> <p>1.1 ในกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมเขาวนปัญญา ท่านปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้า ปฏิบัติไม่ได้เพราะอะไร</p> <p>1.2.....</p> <p><b>ประเมินการเกิดภาวะสับสนจับพจน์ในผู้ป่วยสูงอายุ</b></p> <p>ผู้วิจัยให้พยาบาลผู้ได้รับการสอนแนะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยในการเกิดภาวะสับสน จับพจน์ โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนจับพจน์ในผู้สูงอายุ (TDRS) และบันทึกการ เกิดภาวะสับสนจับพจน์ลงในแบบบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดภาวะสับสนจับพจน์ ในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลลัพธ์จากโปรแกรมการสอนแนะ</p>

แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนนับพลันตามการปฏิบัติจริง

(สำหรับผู้สอนแนะ)

Participant No.....

วัน/เดือน/ปี	พฤติกรรมปฏิบัติ	ปฏิบัติ ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ ถูกต้อง	ให้การสอนแนะ
				

### แบบประเมินผู้สอนแนะ (สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านในตารางด้านล่าง เพื่อเป็นการประเมินผู้สอนแนะท่าน

Participant No.....

หัวข้อในการประเมิน	ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ
1. การสร้างสัมพันธภาพ	..... ..... .....
2. การให้คำชี้แนะ/คำแนะนำ	..... ..... .....
3. การให้ข้อมูลเพิ่มเติม	..... ..... .....
4. การให้ข้อมูลย้อนกลับ	..... ..... .....
5. อื่น ๆ .....	..... ..... .....

### แบบวัดความรู้เรื่องภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ

Pre-test Post-test หลังสอนแนะทันที Participant No.....

Post-test หลังสอนแนะ 1 เดือน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนข้อ ก ข ค หรือ ง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียง 1 ข้อ

1. ข้อใดกล่าวถึงภาวะสับสนหลับฝันไม่ถูกต้อง

- ก. ภาวะสับสนหลับฝันเกิดจากความบกพร่องของสมองที่เกี่ยวข้องกับเซวาร์นปัญญา
- ข. ภาวะสับสนหลับฝันทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซวาร์นปัญญา
- ค. ภาวะสับสนหลับฝันมักเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานาน (เป็นสัปดาห์)
- ง. ภาวะสับสนหลับฝันทำให้มีความจำบกพร่อง และมีการรับรู้ผิดปกติ

2. ข้อใดกล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะสับสนหลับฝันได้ถูกต้อง

- ก. ความสามารถในการให้ความตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (focus) ลดลง
- ข. การคงความตั้งใจ (sustain) ลดลง
- ค. การเปลี่ยนจุดสนใจของความตั้งใจ (shift attention) ลดลง
- ง. ถูกทุกข้อ

20. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบของการเกิดภาวะสับสนหลับฝันในผู้สูงอายุ

- ก. การกลืนยีสสาวะไม่ได้
- ข. การเกิดแผลกดทับ
- ค. การพลัดตกหกล้ม
- ง. ไม่มีข้อใดถูกต้อง

รวมคะแนนที่ได้.....คะแนน

## คู่มือ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสับสนในผู้สูงอายุ



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

น.ส.พิชญารณ์ ธรรมจริยกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณทิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์



## สารบัญ

	หน้า
ความหมาย	4
ลักษณะอาการทางคลินิก	5
พยาธิสรีรวิทยา	7
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	7
การวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรค	10
การป้องกันภาวะตับสนับปล้นในผู้สูงอายุ	15
ตัวอย่างกรณีศึกษา	21



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# คู่มือสำหรับผู้สอนแนะ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

น.ส.พิชญารณ์ ธรรมจริยกุล

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

## สารบัญ

	หน้า
การสอนแนะ	4
หลักการสอนแนะ	5
ลักษณะงานของผู้สอนแนะ	7
คุณสมบัติและบทบาทของผู้สอนแนะ	9
ประโยชน์ของการสอนแนะ	11



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มในผู้สูงอายุ

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
M_PRE	.260	17	.003	.900	17	.067

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 7 ผลการทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (statistic= .900, p-value=.067) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัว (Multivariate Analysis of Variance)

Multivariate Tests (b)

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
TIME					
Pillai's Trace	.575	10.144(a)	2.000	15.000	.002
Wilks' Lambda	.425	10.144(a)	2.000	15.000	.002
Hotelling's Trace	1.353	10.144(a)	2.000	15.000	.002
Roy's Largest Root	1.353	10.144(a)	2.000	15.000	.002

a Exact statistic

b Design: Intercept Within Subjects Design: TIME

Time หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

จากตารางที่ 8 ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Pillai's Trace เพื่อทดสอบสมมติฐาน กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05 ผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติ F (Pillai's Trace) = 10.144 และมีค่า P-value = .002 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ = .05 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในการทดสอบทั้ง 3 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Compound symmetry เพื่อเลือกค่าสถิติในการอ่านผลวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

Mauchly's Test of Sphericity (b)

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon(a)		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
TIME	.633	6.857	2	.032	.732	.787	.500

Measure: MEASURE\_1

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

b. Design: Intercept Within Subjects Design: TIME

จากตารางที่ 9 เป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Compound symmetry กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05 ผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติ Mauchly's W = .633 (ค่าสถิติไคสแควร์ 6.857) และมีค่า P-value = .032 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ = .05

สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของข้อมูลไม่เป็น Compound symmetry ดังนั้นในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกวิธี Huynh-Feldt (ค่า p-value > .7) ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์เท่ากับ .732

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนจับปล้น ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

#### Pairwise Comparisons

(I) TIME	(J) TIME	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.(a)	95% Confidence Interval for Difference(a)	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-.299*	.071	.002	-.489	-.108
	3	-.381*	.083	.001	-.602	-.160
2	1	.299*	.071	.002	.108	.489
	3	-.082	.045	.256	-.202	.038
3	1	.381*	.083	.001	.160	.602
	2	.082	.045	.256	-.038	.202

Based on estimated marginal means

\* The mean difference is significant at the .05 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Time หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในการวัด 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ หลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันทีและหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน

Time 1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลก่อนได้รับโปรแกรมการสอนแนะ

Time 2 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะทันที

Time 3 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ 1 เดือน



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพิชญภรณ์ ธรรมจริยกุล เกิดเมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2514 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2536 และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 4 เดือน) ปี พ.ศ.2550 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วยสวัสดิ์-ล้อม ชั้น 3 แผนกผู้ป่วยอายุรกรรมประกันสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย