



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตาม

แนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

ส่วนที่ 1(เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้วจาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่น ๆ.....	

*หมายเหตุ : 1.กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 6
2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่กลุ่ม.....

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery	☒ Patient Care Process
	☐ Infection Control	☐ Line , Tube & Catheter
	☐ Medication Safety	☐ Emergency Response
	☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย [Safety]	☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Quality (waste)*]
	☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2 ขอให้พิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน
 1. วัตถุประสงค์ของคู่มือไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4 (เอกสารแนบไม่เกิน 2 หน้า) และใช้ Font ตระกูล TH Sarabun New ขนาด 14 เทาห์

* (โปรดอ่านคู่มือและเกณฑ์ก่อนเขียนผลงาน) ตัวอักษรสีแดงสามารถลบได้

ชื่อเรื่อง / โครงการ การพัฒนากระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

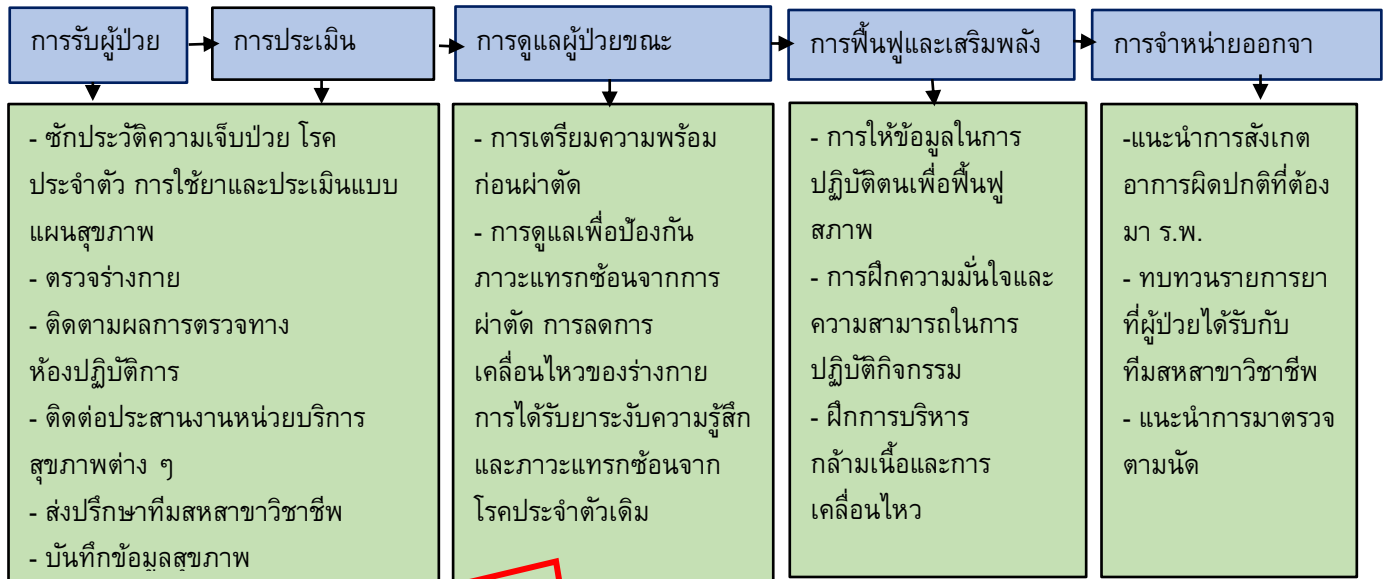
1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (10)

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตออโรโรปิติกส์เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ มีภาวะโรคร่วมที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน รวมถึงการรับรู้ มีความเจ็บปวดรุนแรงจากปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ มีการสูญเสียเลือดและสารน้ำภายหลังการผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ลักษณะดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ร่วมกับการบกพร่องในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล สูญเสียกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ มีอาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง มีโอกาสตั้งอุปกรณ์การแพทย์ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อาการดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนในการรักษาส่งผลให้กระบวนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายเกิดความล่าช้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันมีระยะเวลาการเกิดเฉลี่ย 5 วัน¹ ทำให้อัตราการหมุนเวียนของผู้มาใช้บริการภายในหอผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและมีภาระค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลผู้ดูแลที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด สถิติหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตออโรโรปิติกส์ (RA1TI) ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยร้อยละ 8.8

จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าพยาบาลค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันยาวนานและมีอาการสับสนที่รุนแรง ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการขาดเครื่องมือที่ดี มีมาตรฐาน ในการประเมินอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน ถ้ามีเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการใช้งาน มาประเมินผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง จากการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุดังกล่าว ทีมจึงได้นำเครื่องมือคัดกรองภาวะ delirium และ cognitive impairment ฉบับภาษาไทย: (4AT) และ CONFUSIONAL ASSESSMENT METHOD (CAM) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังการทดลองใช้พบว่าแบบประเมินต้องใช้ทักษะและความชำนาญ ใช้งานยาก จึงได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 โดยการนำแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน The Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ^{2,3} มีความจำเพาะ (specificity=98%) และมีความไว (sensitivity=42%)² โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับใช้ภายในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตออโรโรปิติกส์ (RA1TI) ภายหลังการปรับใช้พบว่ามียุทธยที่ต้องพัฒนาต่อจึงได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 โดยมีการเพิ่มเติมการนำผลการประเมินไปใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันและพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันจึงนำมาปรับปรุงครั้งที่ 4 โดยให้ความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ภายหลังการปรับปรุง ปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 95.6 และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 100 ส่งผลให้ลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเฉลี่ยเหลือ 3 วัน

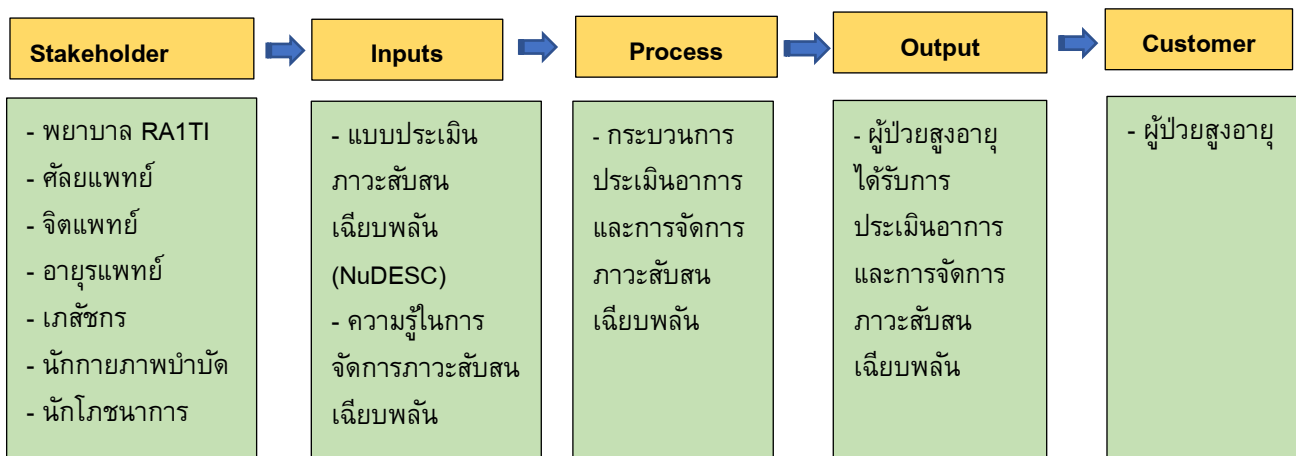
2. กรอบแนวคิดแสดงภาพรวมระบบ Work System และ SIPOC Diagram (10)

2.1) กระแสงาน (workflow) กระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน



ปัญหาที่พบ พยาบาลค้นพบภาวะสับสนเฉียบพลันล่าช้า
ได้พัฒนา เรื่อง กระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

2.2) สายธารแห่งคุณค่าของกระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุตามแนวทาง SIPOC



3. การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10)

3.1) อธิบายที่มาสาเหตุของปัญหา ตามแนวทางของมิติคุณภาพ STEEEP (อธิบายพอสังเขป)

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนในการรักษาส่งผลให้กระบวนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายเกิดความล่าช้า การพัฒนากระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุจะช่วยค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาและได้รับการจัดการ ลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2) แสดงการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา (Root Cause Analysis) (ตามเอกสารแนบ 1)

3.3) กำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. เพื่อลดระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตออโรโรปิติกส์	ระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ	< 5 วัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหมาะสมตามมาตรฐาน	ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันตามมาตรฐาน	> ร้อยละ 95
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหมาะสมตามมาตรฐาน	ร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน	> ร้อยละ 95

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง (15)

การปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
การพัฒนาครั้งที่ 1 (ม.ค. - ธ.ค. 2563) : หาเครื่องมือคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน วิธีการ: นำเครื่องมือคัดกรองภาวะ delirium และ cognitive impairment ฉบับภาษาไทย: (4AT) และ CONFUSIONAL ASSESSMENT METHOD (CAM) มาทดลองใช้ภายในหอผู้ป่วย	ผลลัพธ์: - ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 50.9 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการร้อยละ 35.7 และระยะเวลาเฉลี่ยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 6.7 วัน โอกาสพัฒนา: เนื่องจากแบบประเมินมีความยากต่อการใช้งาน ต้องอาศัยความชำนาญและทักษะในการประเมิน พยาบาลพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินน้อย
การพัฒนาครั้งที่ 2 (ม.ค. 2564 - 5 ธ.ค. 2565): นำแบบประเมิน NuDESC มาทดลองใช้เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันภายในหอผู้ป่วย วิธีการ: นำแบบประเมิน NuDESC จากต้นฉบับ มาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ (ตามเอกสารแนบ2)	ผลลัพธ์: - ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามแบบประเมิน NuDESC ร้อยละ 60.5 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการร้อยละ 40.9 และระยะเวลาเฉลี่ยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 5.12 วัน โอกาสพัฒนา: ในภายหลังกระบวนการประเมินยังขาดการนำผลการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยแบบประเมิน NuDESC ไปใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน
การพัฒนาครั้งที่ 3 (6 ธ.ค. 2565 - ก.พ. 2566) : ปรับปรุงกระบวนการจัดการภายหลังการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน วิธีการ: ปรับปรุงแบบประเมิน NuDESC if score ≥ 2 คะแนน มีการแจ้งแพทย์เจ้าของไข้และส่งปรึกษา specialist เพื่อเข้ารับการรักษา (ตามเอกสารแนบ3)	ผลลัพธ์: - ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามแบบประเมิน NuDESC ร้อยละ 75.7 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการร้อยละ 51.53 และระยะเวลาเฉลี่ยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 4.27 วัน โอกาสพัฒนา: พัฒนาความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันให้แก่พยาบาลภายในหอผู้ป่วย
การพัฒนาครั้งที่ 4 (มี.ค. - เม.ย 2566): เพิ่มความรู้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันแก่พยาบาลภายในหอผู้ป่วย วิธีการ: จัดทำคลิปวิดีโอให้ความรู้แก่พยาบาลภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลความรู้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดภายในหอผู้ป่วย	ผลลัพธ์: - ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามแบบประเมิน NuDESC ร้อยละ 95.6 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการร้อยละ 100 และระยะเวลาเฉลี่ยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 วัน

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart) (10)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)				ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่
	2563 ม.ค. - ธ.ค.	2564 ม.ค. - ธ.ค.	2565 ม.ค. - ธ.ค.	2566 ม.ค. - เม.ย.	
รอบที่ 1 (PDCA 1) ม.ค. - ธ.ค. 2563					
- ทบทวนวรรณกรรม/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4AT และ CAM - นำมาทดลองใช้ในหอผู้ป่วย และประเมินผล	↔				ชญาดา, ลัดดา
รอบที่ 2 (PDCA 2) ม.ค. 2564 - 5 ธ.ค. 2565					
- นำแบบประเมิน NuDESC แปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ - ทดลองใช้ NuDESC ในหอผู้ป่วยและประเมินผล		↔			ชญาดา, ลัดดา สุชาดา, ชนัญญา
รอบที่ 3 (PDCA 3) 6 ธ.ค. 2565-ก.พ. 2566					
- ปรับปรุงแบบประเมิน NuDESC			↔		ชญาดา, ลัดดา
รอบที่ 4 (PDCA 4) มี.ค. - เม.ย 2566					
- จัดทำและเผยแพร่คลิปวิดีโอให้ความรู้ในการป้องกัน และจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันแก่พยาบาลในหอ ผู้ป่วย - ประเมินและวิเคราะห์ผล				↔	ชญาดา, ลัดดา สุชาดา, ชนัญญา

↔ วางแผนงาน

↔ ปฏิบัติจริง

6. ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผนโครงการ (15)

ตัวชี้วัด	สอดคล้อง กับ วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			ก่อน ดำเนินการ	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)				
	1	2	3		เป้าหมาย	หลังดำเนินการ			
						ครั้งที่1 (ม.ค.- ธ.ค. 63)	ครั้งที่2 (ม.ค.-ธ.ค. 64)	ครั้งที่3 (ม.ค.- ธ.ค. 65)	ครั้งที่4 (ม.ค.- เม.ย. 66)
1. ระยะเวลาของการเกิดภาวะ สับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุ ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	√			7	<5 วัน	6.7	5.12 วัน	4.27 วัน	3 วัน
2. ร้อยละผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ การประเมินภาวะสับสน เฉียบพลัน		√		50	>95	50.9	60.5	75.7	95.6
3. ร้อยละผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ การจัดการภาวะสับสน เฉียบพลัน			√	20	>95	35.7	40.9	51.53	100

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

7.1) ระบุประโยชน์/ผลผลิต/ผลลัพธ์ ตามมุมมองของลูกค้านำมาถ่วงดุลถึงผลกระทบตามมุมมองของ "มิติคุณภาพ"

ภายหลังการพัฒนากระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตออโรโรปี
ติกส์ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะ

สับสนเฉียบพลันได้รวดเร็วมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่งผลผลลัพธ์ในมิติคุณภาพ ดังนี้ **Safety:** ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะสับสนเฉียบพลัน **Timely:** ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล **Efficiency:** เพิ่มอัตราการหมุนเวียนของผู้รับบริการให้มากขึ้น ลดภาระงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน **Effectiveness:** ผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการจัดการอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาและภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้การรักษาทางด้านกระดูกและข้อได้ผลลัพธ์ที่ดี **Equality:** ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันและเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างเท่าเทียม **Patient center:** มีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย

7.2) สามารถแสดงการจัดทำมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างยั่งยืน

แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในปัจจุบันคือการประเมินผู้ป่วยแรกรับเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและประเมินวันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 18.00 น. ทุกวันตลอดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย มีการรายงานแพทย์ในทันทีเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเหมาะสม

7.3) มีการสื่อสารแผนการปฏิบัติงานไปยังหน่วยงานอื่นภายในองค์กร

มีการสื่อสารการใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน NuDESC ไปยังทีมศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ทีมอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

มีการติดตามและตรวจสอบการประเมินและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างน้อยแฉะ 1 ครั้ง โดยพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลหัวหน้าเวร ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน รายงานและทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในวาระการประชุมภายในหน่วยงานทุก 3 เดือนเพื่อหาโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

9.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key of success) ในกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ คือ การประเมินอาการ ประเมินปัจจัยเสี่ยงและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ จิตแพทย์ ศัลยกรรม พยาบาล เกษตรกร นักกายภาพบำบัด และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอุบัติการณ์และระยะเวลาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้

9.2 ปัญหา/อุปสรรค/องค์ความรู้ ที่ได้จากการเรียนรู้จากการทำโครงการในครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ใช้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการประเมินและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ขาดความตระหนักถึงการใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นจึงควรเลือกเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจต่อการใช้งาน รวมถึงส่งเสริมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ อันจะทำให้การพัฒนา คุณภาพการดูแลเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพซึ่งถือเป็นองค์ความรู้สำคัญในการแก้ปัญหา

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

10.1 เพื่อให้กระบวนการป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายในหอผู้ป่วย RA1TI ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2566 โดยมี นางสาวลัดดา เสนาพิทักษ์ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกับทีมอายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ

10.2 จากการดำเนินงานในครั้งนี้ส่งผลให้เกิดบทความวิชาการเรื่อง "ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล"

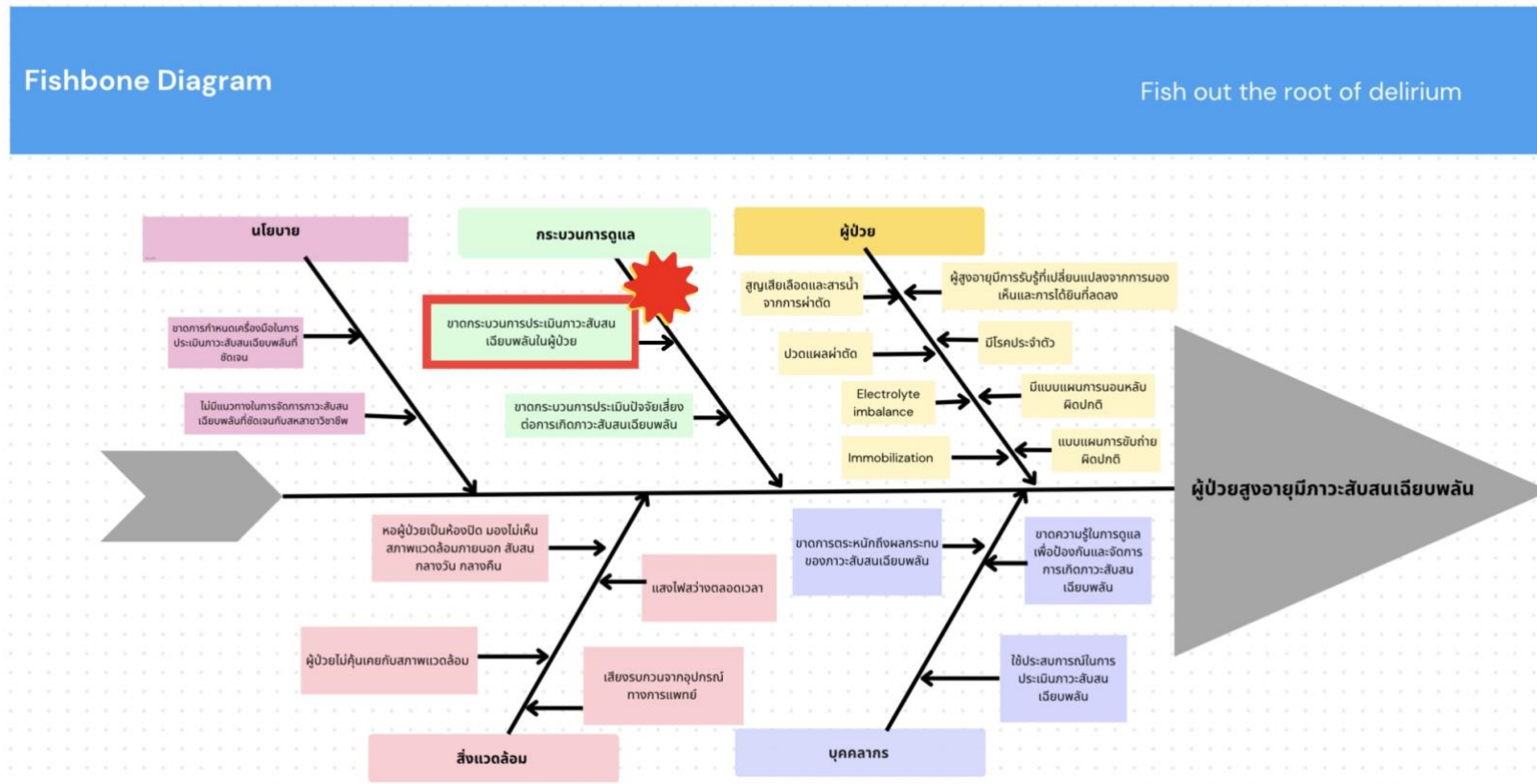
10.3 มีการขยายผลการประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุไปยังหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ

เอกสารอ้างอิง

1. Hargrave, A., Bourgeois, J., Bastiaens, J., Josephson, S., Chinn, J., Lee, M., et al. Validation of a Nurse-Based Delirium Screening Tool for Hospitalized Patients. AAN. 2016;86(6):P6. 220.
2. Hägi-Pedersen, D., Thybo, K. H., Holgersen, T. H., Jensen, J. J., Gaudreau, J. D., & Radtke, F. M. Nu-DESC DK: the Danish version of the nursing screening scale (nu-DESC). BMC nursing. 2017;16: 1-6.

delirium

เอกสารแนบ 1



เอกสารแนบ 2

แบบคัดกรองภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

The Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC)

ชื่อ-สกุล.....
HN.....

อาการ	คะแนนประเมินตามอาการ (0-2 คะแนน)						
	วันที่						
เวลา							
I. สับสนเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา (Disorientation) 0 = รับรู้ บุคคล สถานที่ และเวลา (Alert, oriented to person, place and time) 1 = สับสนเกี่ยวกับการรับรู้ บุคคล สถานที่ เวลา แต่สามารถรับรู้ได้หลังจากได้รับข้อมูลเพิ่มเติม (Disoriented but easily reoriented) 2 = สับสนเกี่ยวกับการรับรู้ทั้งบุคคล สถานที่ เวลา แม้ว่าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว (Disoriented x2 or x3 and not easily reoriented)							
II. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Behavior) 0 = สงบ และให้ความร่วมมือในการรักษา (Calm and cooperative) 1 = กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Restless and cooperative) 2 = รุนแรง ดึงอุปกรณ์ (เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ) ขึ้นเตียง (Agitated, pulling at devices, or climbing out of bed)							
III. การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Communications) 0 = การสื่อสารเหมาะสม (Appropriate) 1 = การสื่อสารโต้ตอบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่ตรงประเด็น พูดจาวกวนไปมา (Unclear thinking or rambling speech) 2 = การสื่อสารโต้ตอบผิดปกติ ความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่มีความหมาย (Incoherent, nonsensical, or unintelligible speech)							
IV. การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ (Illusions)/ ประสาทหลอน (Hallucinations) 0 = ไม่มี (None noted) 1 = พวาคระแว้ง กลัว (Paranoia or fears) 2 = ประสาทหลอน การแปลสิ่งเร้าผิดไปจากความเป็นจริง (Hallucination or distortions of visual objects)							
V. ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดช้าลง (Psychomotor Retardation) 0 = ไม่มี (None) 1 = ตอบสนองช้า (Delayed or slow responsiveness) 2 = หลับเป็นส่วนใหญ่ ง่วงนอน หรือซึม (Excessive sleeping, somnolent, or lethargic)							
รวมคะแนน							
ผู้ประเมิน							

การแปลผล: คะแนน ≥ 2 หมายถึง Positive, คะแนน < 2 หมายถึง Negative

Source: Gaudreau JD et al., J Pain Symptom Manage 2005; 29(4): 368-75.

เอกสารแนบ 3

แบบคัดกรองภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

The Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC)

ชื่อ-สกุล.....
HN.....

อาการ	คะแนนประเมินตามอาการ (0-2 คะแนน)						
	วันที่						
เวลา							
I. สับสนเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา (Disorientation) 0 = รับรู้ บุคคล สถานที่ และเวลา (Alert, oriented to person, place and time) 1 = สับสนเกี่ยวกับการรับรู้ บุคคล สถานที่ เวลา แต่สามารถรับรู้ได้หลังจากได้รับข้อมูลเพิ่มเติม (Disoriented but easily reoriented) 2 = สับสนเกี่ยวกับการรับรู้ทั้งบุคคล สถานที่ เวลา แม้ว่าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว (Disoriented x2 or x3 and not easily reoriented)							
II. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Behavior) 0 = สงบ และให้ความร่วมมือในการรักษา (Calm and cooperative) 1 = กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Restless and cooperative) 2 = รุนแรง ดึงอุปกรณ์ (เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ) ขึ้นเตียง (Agitated, pulling at devices, or climbing out of bed)							
III. การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Communications) 0 = การสื่อสารเหมาะสม (Appropriate) 1 = การสื่อสารโต้ตอบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่ตรงประเด็น พูดจาวกวนไปมา (Unclear thinking or rambling speech) 2 = การสื่อสารโต้ตอบผิดปกติ ความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่มีความหมาย (Incoherent, nonsensical, or unintelligible speech)							
IV. การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ (Illusions)/ ประสาทหลอน (Hallucinations) 0 = ไม่มี (None noted) 1 = พวาคระแว้ง กลัว (Paranoia or fears) 2 = ประสาทหลอน การแปลสิ่งเร้าผิดไปจากความเป็นจริง (Hallucination or distortions of visual objects)							
V. ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดช้าลง (Psychomotor Retardation) 0 = ไม่มี (None) 1 = ตอบสนองช้า (Delayed or slow responsiveness) 2 = หลับเป็นส่วนใหญ่ ง่วงนอน หรือซึม (Excessive sleeping, somnolent, or lethargic)							
รวมคะแนน							
แปลผลคะแนน (ระบุ positive/ negative)							
ผู้ประเมิน							

การแปลผล: คะแนน ≥ 2 หมายถึง Positive, คะแนน < 2 หมายถึง Negative **[If ≥ 2 คะแนน (positive) ส่ง Consult specialist]**

Source: Gaudreau JD et al., J Pain Symptom Manage 2005; 29(4): 368-75.

Summary for ☐ D/C ☐ transfer to ward วันที่

Consult ☐ Yes ☐ No	Specialist ☐ Geriatric medicine ☐ Psychiatrist วันที่ Consult
Dx. Delirium by specialist ☐ Yes ☐ No Management of delirium ☐ Yes ☐ No	