ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

โดย

ถนอมจิต ถนอมศิริ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2568

FACTORS RELATED TO DELIRIUM AMONG ELDERLY PATIENTS WITH ABDOMINAL SURGERY

BY

TANOMCHIT TANOMSIRI

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

โดย

ถนอมจิต ถนอมศิริ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2568

รศ.ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานกรรมการสอบ	ผศ.ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ กรรมการ
รศ.ดร. อาภรณ์ ดีนาน กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา	ผศ.ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ.ดร. สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
26 มกราคม 2569

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

FACTORS RELATED TO DELIRIUM AMONG ELDERLY PATIENTS WITH ABDOMINAL SURGERY

by

TANOMCHIT TANOMSIRI

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University
Academic Year 2025

Assoc.Prof. Bualuang Sumdaengrit, Ph.D.	Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.
Examination Committee Chairperson	Member
Assoc.Prof. Aporn Deenan, Ph.D.	Asst.Prof. Varin Binhosen, Ph.D.
Member and Advisor	Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)
Dean of Graduate School
January 26, 2026

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ) มหาวิทยาลัยรังสิตทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณพยาบาล และเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการทำงาน และให้กำลังใจที่ดีตลอดมา

และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดา มารดา น้องซึ่งเป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือให้ข้าพเจ้าได้สามารถทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ได้อย่างเต็มที่และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ถนอมจิต ถนอมศิริ
ผู้วิจัย

6407253 : ถนอมจิต ถนอมศิริ
ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง
หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. อาภรณ์ ดีนาน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร. วารินทร์ บินโฮเซ็น

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดและเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันและความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า จำนวน 115 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ แบบประเมินความปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 67.2 ปี (SD = 6.65) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 47.8 ได้รับการผ่าตัดแบบ Low anterior resection และ Hemicolectomy ร้อยละ 66.1 มีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 รวมทั้งพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความปวด (r_S = .206, p = .027) และคุณภาพการนอนหลับ (r_S = .322, p < .01) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสนับสนุนทางสังคม (r_S = –.365, p < .01) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ได้แก่ พยาบาลควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมทั้งใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 96 หน้า)

คำสำคัญ: ผ่าตัดช่องท้อง, ผู้สูงอายุ, ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ปัจจัยที่สัมพันธ์

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6407253	:	Tanomchit Tanomsiri
Thesis Title	:	Factors Related to Delirium among Elderly Patients with Abdominal Surgery
Program	:	Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Thesis Advisor	:	Assoc.Prof. Aporn Deenan, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	:	Asst.Prof. Varin Binhosen, Ph.D.

Abstract

Delirium frequently occurs among older adults undergoing surgery and risks to negative outcomes. This descriptive study aimed to examine the occurrence of delirium and relationships among pain, sleep quality, social support, and delirium in elderly patients following abdominal surgery. A sample of 115 elderly patients who underwent elective abdominal surgery was recruited by inclusion criteria. Data were collected by a package of questionnaires including demographic and health, pain scale, sleep quality, social support, and delirium. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation were used to analyzed data. The results revealed that majority of sample was males 52.2%, age average 67.2 years (SD = 6.65), diagnosis Colon cancer 47.8%, underwent Low anterior resection and Hemicolectomy 66.1%. Delirium was found 37.40%. There was found that positive significant factors related to delirium included pain (r_S = .206, p = .027), and sleep quality (r_S = .322, p < .01), whereas social support was found negative relationship to delirium (r_S = –.365, p < .01). Recommendation from results included nurses should continue assess delirium in elderly patients at admission until discharge from the hospital. Furthermore, program to prevent delirium in elderly underwent surgery should be developed based on significant factors.

(Total 96 pages)

Keywords: Pain, Sleep Quality, Social Support, Delirium, Elderly Abdominal Surgery Patients

Student's Signature …..... Thesis Advisor's Signature .....

Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	6
	สมมติฐานการวิจัย	6
	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
	นิยามเชิงปฏิบัติการ	8
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**	**10**
	การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ	10
	ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด	14
	ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์	22
	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	23
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**41**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	45
	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	46
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
	การวิเคราะห์ข้อมูล	47

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**49**
	ผลการวิจัย	49
บทที่ 5	**สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ**	**54**
	สรุปผลการวิจัย	54
	การอภิปรายผล	55
	ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	58
เอกสารอ้างอิง		**59**
ภาคผนวก		**78**
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	79
	ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	88
ประวัติผู้วิจัย		**96**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=115)	50
4.2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง (N=115)	52
4.3	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้ Spearman Rank Correlation	53

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 8

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 1.1 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก โดยภูมิภาคเอเชียมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งหมด (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA], 2022) สำหรับประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ทรัพยากร และรูปแบบการดูแล เพื่อรองรับความต้องการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุไม่เพียงส่งผลต่อภาระด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและความจำเป็นในการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่าวัยอื่น (Amini et al., 2015; Etzioni, Liu, Maggard, & Ko, 2003; Suskind & Fried, 2019)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเกิดจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยลดอัตราการตายและยืดอายุขัย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564; UNDESA, 2020; WHO, 2018) แต่ในขณะเดียวกันการเสื่อมตามวัย เช่น การทำงานของอวัยวะที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดมากขึ้น โดยเฉพาะโรคของระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีอักเสบ ไส้ติ่งอักเสบ ไส้เลื่อน และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Amini et al., 2015; Etzioni et al., 2003; Ganapathi et al., 2014; Suskind & Fried, 2019) ข้อมูลปี 2567 ระบุว่าผู้สูงอายุไทยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องคิดเป็นร้อยละ 1–3 ของการผ่าตัดทั้งหมด (กรมการแพทย์, 2567; กระทรวงสาธารณสุข, 2566; Phancharoenworakul & Chansatitporn, 2021) ซึ่งสะท้อนแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดมากขึ้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 15–25 และอาจสูงถึงมากกว่า ร้อยละ 60 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (Brinson, Tang, & Finlayson, 2016; Massarweh, Legner, Symons, McCormick, & Flum, 2009; Yokozuka et al., 2021) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด ร้อยละ 5–10 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 8–12 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ร้อยละ 5–15 (Massarweh et al., 2009) ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2–6 (Yokozuka et al., 2021) และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดร้อยละ 15–25 ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นตัว อัตราการตาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014; Kotekar, Shenkar, & Nagaraj, 2018)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 48.9 ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 45.45 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม (Ngamkala, Malathum, & Krairit, 2018) ภาวะนี้เกิดจากความผิดปกติของสมดุลสารสื่อประสาทในสมองร่วมกับการตอบสนองต่อการอักเสบ ทำให้ระดับความรู้สติ สมาธิ และการรับรู้เปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน โดยมักแสดงอาการรุนแรงในช่วงเย็นหรือกลางคืน (กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์, 2564; Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017) ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุที่มากกว่า 75 ปี ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อ การใช้ยากลุ่มยากดประสาท ยานอนหลับ หรือยาต้านเศร้า รวมถึงการผ่าตัดใหญ่หรือซับซ้อน (Deiner & Silverstein, 2009; Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017) ขณะที่การประเมินและจัดการความเสี่ยงล่วงหน้า การควบคุมความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการนอนหลับให้เพียงพอ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นกิจกรรมทางกายและสังคม และการหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Deiner & Silverstein, 2009; Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017; Ngamkala et al., 2018)

ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง โดย Mu, Tian, Huang, Zhang, and Wang (2021) ศึกษาผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องในประเทศจีน พบว่าผู้ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 6–12 เดือนสูงถึงร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ Leslie et al. (2008) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปีถัดมาสูงขึ้นถึงร้อยละ 39 และมีอัตราการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วน Nazemi et al. (2017) รายงานว่าผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนหลังผ่าตัดช่องท้องมีแนวโน้มต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 7–10 วัน และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำร้อยละ 25–40 ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายและภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz, Pugh, Milligan, Gift, and Suppe (1997) อธิบายว่า “อาการ” เป็นประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้จากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของการทำงานทางสรีรวิทยา อันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา จิตใจ และสถานการณ์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลา และระดับความทุกข์ทรมานของอาการได้แตกต่างกัน ซึ่งในบริบทของการผ่าตัดช่องท้อง ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์นี้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การมีแผลผ่าตัด ความวิตกกังวล และปัจจัยทางสถานการณ์ เช่น สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลหรือการได้รับยาหลายชนิด รวมทั้งภาวะขาดออกซิเจนหรือความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่จะกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้น รวมทั้งอาจมีความรุนแรงและหายไปได้ตามระยะเวลาหลังการผ่าตัดและการจัดการปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่อง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ (Qi et al., 2022) ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่สูงกว่า 5 คะแนนจะมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น 2.7 เท่า (Jin et al., 2020) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ภายหลังผ่าตัดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นถึง 3.1 เท่า (He et al., 2022) ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสองเท่า (Dong et al., 2023) รวมทั้งการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines และ Opioids ยังพบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Zhang et al., 2021) ระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนานกว่า 3 ชั่วโมงและการเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัดจะมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่ายังพบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนหลังผ่าตัด ภาวะโลหิตจาง และการมีโรคร่วมหลายโรค (Inouye et al., 2014) ขณะที่ปัจจัยที่ช่วยป้องกัน ลดอัตราการเกิดและความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม การส่งเสริมการนอนหลับ การให้สารอาหารครบถ้วน และการประเมินความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอหลังผ่าตัด (Marcantonio, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง พบปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม โดยความปวดเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางและสารสื่อประสาทในสมอง (Inouye et al., 2014) ส่วนคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสมดุลของระบบประสาทและการฟื้นฟูสมอง (Li et al., 2021) ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ช่วยลดความเครียดและเสริมพลังใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (Cobb, 1976; House, 1981)

ความปวดซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์มีสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง ความปวดกระตุ้นการทำงานของ Hypothalamic–Pituitary–Adrenal และระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้ระดับ Catecholamines และ Cortisol เพิ่มสูงขึ้นนำไปสู่การอักเสบในสมองและความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะการลดลงของ Acetylcholine และการเพิ่มขึ้นของ Dopamine ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Maldonado, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความปวดระดับสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ โดย McClements, Kim, and Lee (2017) พบว่าผู้ที่มีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดมากกว่า 6.8 มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ Shi et al. (2019) รายงานว่าผู้ป่วยที่มีความปวดมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงกว่าถึง 3.72 เท่า และ Ma et al. (2025) พบว่าความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงสัมพันธ์กับความเสี่ยงเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันภายใน 7 วันหลังผ่าตัด (OR = 1.44–1.83)

คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพทำให้เกิดการเพิ่มระดับไซโตไคน์ กระตุ้นการทำงานของ Microglia ในบริเวณ Hippocampus และ Prefrontal Cortex ส่งผลให้เกิดภาวะ Neuroinflammation และ Neurotoxicity ซึ่งทำให้สมองเสื่อมประสิทธิภาพในการประมวลผลข้อมูลและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน (Wadhwa et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดีสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ เช่น งานของ Yang et al. (2024) พบว่า OR = 1.43 (95% CI 1.11 1.82) และ Liu, Zhang, Han, and Liu, (2023) พบอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดร้อยละ 32 ในกลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับก่อนการผ่าตัดพบว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นถึง 5.64 เท่า (Zheng et al., 2023) โดย Wang et al.

(2022) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 198 คน พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน ขณะที่ Kamdar et al. (2020) ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่จำนวน 175 คน พบความสัมพันธ์คุณภาพการนอนหลับกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และการศึกษาของ Zhang et al. (2023) ในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่จำนวน 304 คน พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยลดความเครียดทางจิตใจและลดการทำงานของ Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis ส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลลดลง ซึ่งช่วยคงประสิทธิภาพการทำงานของสมอง โดยเฉพาะบริเวณ Hippocampus ที่มีบทบาทต่อการรับรู้และความจำ (Uchino, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า Do, Lemogne, Journois, Safran, and Consoli (2012) รายงานว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) ในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว และในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 215 ราย และ Janssen et al. (2019) ในผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

แม้ว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แต่การศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามร่วมกันภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al. (1997) ยังมีจำกัดอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง นอกจากนี้งานวิจัยในบริบทของประเทศไทยเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ ความปวดหลังผ่าตัด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางสรีรวิทยา คือ ความปวด ซึ่งการจัดการไม่เหมาะสมจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและเพิ่มความเครียดทางกาย ทำให้สมองทำงานผิดปกติและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Whitlock, Torres, & Smetzer, 2020) ปัจจัยทางจิตใจ คือ การสนับสนุนทางสังคม หากผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ การอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว หรือมีการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรสุขภาพ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยว ซึ่งจะลดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye et al., 2014) และปัจจัยทางสถานการณ์ คือ คุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือถูก

รบกวนจะส่งผลให้การฟื้นฟูสมอง โดยเฉพาะกระบวนการทำงานของสมองส่วน Prefrontal Cortex และ Hippocampus ที่เกี่ยวข้องกับความจำและการรับรู้ ปัจจัยทั้งสามด้านดังกล่าวส่งผลให้เกิดความถี่และความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น (Inouye et al., 2014; Lenz et al., 1997; Whitlock et al., 2020)

จากสถิติของโรงพยาบาลสิงห์บุรีในช่วงปี พ.ศ. 2564–2565 พบแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 367 ราย และเพิ่มเป็น 432 รายในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้าจำนวน 145 ราย และ 177 รายตามลำดับ (งานสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 2565) และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดจำนวน 28 รายที่มีภาวะสับสนฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยแสดงพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง ปัจจุบันการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพ การนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

สมมติฐานการวิจัย

ความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

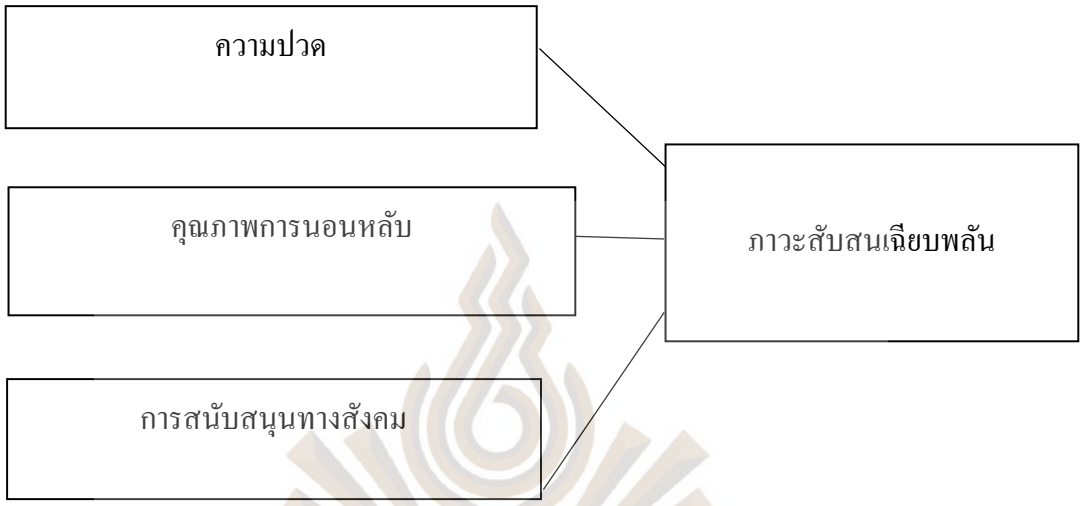
มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งอธิบายว่า อาการจากความเจ็บป่วยเป็นอาการไม่พึงประสงค์ อาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกันที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและเพิ่มความรุนแรงได้ แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ นี้มีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) อาการ ซึ่งสะท้อนการรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกาย มีลักษณะตามเวลา ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะเฉพาะ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา จิตใจ และสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคล โดยปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและอาจส่งผลย้อนกลับต่อความรุนแรงของอาการได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุเป็นอาการไม่พึงประสงค์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางสรีรวิทยา ซึ่งได้แก่ ความปวด หากมีการจัดการไม่เหมาะสมจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและเพิ่มความเครียดทางกาย ทำให้สมองทำงานผิดปกติและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Whitlock et al., 2020) 2) ปัจจัยทางจิตใจ ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่มากเพียงพอจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ ผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว หรือมีการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรสุขภาพ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye et al., 2014) และ 3) ปัจจัยทางสถานการณ์ ซึ่งได้แก่ คุณภาพการนอนหลับที่ดี ซึ่งถ้าผู้สูงอายุนอนหลับไม่เพียงพอหรือถูกรบกวนการนอนหลับจะส่งผลให้การฟื้นฟูสมองบกพร่อง โดยเฉพาะกระบวนการทำงานของสมองส่วน Prefrontal Cortex และ Hippocampus ที่เกี่ยวข้องกับความจำและการรับรู้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Fadayomi, Ogunyemi, & Olowookere, 2018) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบที่ตามมาจากภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Inouye et al., 2014; Lenz et al., 1997; Whitlock et al., 2020)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือก ความปวดซึ่งเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Whitlock et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็น ปัจจัยทางจิตใจ หากผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ และมีการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรสุขภาพ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยว (Inouye et al., 2014) และคุณภาพการนอนหลับซึ่งปัจจัยทางสถานการณ์ กล่าวคือ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือถูกรบกวนส่งผล

ให้การฟื้นฟูสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำและการรับรู้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Fadayomi et al., 2018) สรุปกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความผิดปกติในสมองที่ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิด ไม่สามารถคิดหาเหตุผลได้ มีความผิดปกติของ ความจำ ความตั้งใจ การรับรู้ต่อวัน เวลา สถานที่และบุคคล ภาวะสับสนเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น อาจมีอาการดีขึ้นสลับกับเลวลง ซึ่งมักเกิดขึ้นภายในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ประเมินได้จากแบบคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน The Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC) ถูกพัฒนาโดย Gaudreau, Gagnon, Harel, Tremblay, and Roy (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวิทย์ สมนึก (2565) ถามเกี่ยวกับการสับสนระหว่างบุคคล สถานที่ เวลา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ/ประสาทหลอนความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลง คะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 2 หมายถึงมีภาวะสับสนเฉียบพลัน คะแนนที่น้อยกว่า 2 หมายถึงไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ความปวด หมายถึง การรับรู้ประสบการณ์ส่วนบุคคลต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากเนื่อเนื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ความปวดประเมินได้จากมาตรวัด ความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) ถูกพัฒนาโดย McCaffery

and Beebe (1989) โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดบอกคะแนนเป็นตัวเลขต่อเนื่องกันตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน (ปิยศักดิ์ วิทยบูรณานนท์ และปรัชญ์วิไล นุชประมูล, 2563) ประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลัง 48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของบุคคลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์นอนหลับ ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ประเมินโดยแบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่พัฒนาโดย Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) แปลเป็นภาษาไทย โดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) โดยมีข้อคำถามในเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย เกี่ยวกับประสบการณ์การนอน ได้แก่ เวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ (Sleep Latency) ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep Duration) ประสิทธิภาพของการนอนหลับตามปกติ (Habitual Sleep Efficiency) สิ่งที่รบกวนการนอนหลับ (Sleep Disturbances) การใช้ยานอนหลับ (Use of Sleeping Medication) ความผิดปกติของการนอนหลับในช่วงกลางวัน (Daytime Dysfunction) และคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) โดยคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับความเครียด ปัญหาสุขภาพ และความเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ประเมินโดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ของ Schaefer (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุประกอบ คำตอบเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนน้อยหมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Design) เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ความปวด

คุณภาพการนอนหลับ

การสนับสนุนทางสังคม

การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA], 2019) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 ประชากรทั้งโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1.5 พันล้านคน จากประมาณ 524 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 ขณะที่ภูมิภาคอาเซียนปัจจุบันมีผู้สูงอายุรวมกว่า 74 ล้านคน และในประเทศไทยเองมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation [ACAI], 2020) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอยลง (Degeneration) เช่น จากการเสื่อมโทรมของร่างกาย การสะสม ของสารที่เป็นอันตราย การสูญเสียความยืดหยุ่นของโปรตีนภายนอกเซลล์เป็นต้น ทำให้การทำงานของเซลล์และระบบต่าง ๆ มีความผิดปกติและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคในวัยสูงอายุได้ (อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง, 2562) ซึ่งปัญหาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับกระบวนการชรา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดมีความซับซ้อนมากขึ้น

การผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยสามารถจำแนกออกเป็นการผ่าตัดแบบวางแผน และการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (Lenz, 2025; Risk-Stratification Studies, 2018) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งในด้านความเร่งด่วนของการรักษา ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิก การผ่าตัดแบบวางแผนผู้ป่วยมักอยู่ในภาวะคงที่และสามารถประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมก่อนการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม เช่น การผ่าตัดเพื่อรักษานิ่วในถุงน้ำดี หรือการผ่าตัดเนื้องอกที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน ในขณะที่การผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นการผ่าตัดที่ต้องดำเนินการโดยเร่งด่วนภายในระยะเวลาอันจำกัด เพื่อรักษาภาวะที่อาจคุกคามต่อชีวิต เช่น ภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก การตกเลือดในช่องท้องเป็นต้น (Mullen, 2017; Seeto, 2023) จากการศึกษาของ Mohanty et al. (2016) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.6 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 18 ของผู้ป่วยทั้งหมด

การผ่าตัดในช่องท้องในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดใหญ่แบบเปิดช่องท้อง การผ่าตัดใหญ่ชนิดนี้ต้องมีการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้าไปในอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อค้นหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในช่องท้อง โดยจะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่มากกว่า 5 เซนติเมตรและมีการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Reeve et al., 2019) อุบัติการณ์การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุอาจไม่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ แต่เนื่องจากกระบวนการชราอาจทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนในกระบวนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้สูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ รวมทั้งอาจเกิดปัญหาที่มีความเฉพาะวัยสูงอายุ ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

สาเหตุของการผ่าตัดช่องท้องของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ามารับการผ่าตัดช่องท้องด้วยพยาธิสภาพที่พบบ่อย ได้แก่

1) อวัยวะภายในมีการอุดตัน มักเกิดกับหลอดเลือดแดง ท่อหรือรูต่าง ๆ เช่น การเกิดนิ่วในท่อทางเดินน้ำดี นิ่วในไต นิ่วในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (Torres, Romero, Pagonabarraga, Travasso, & Poiré, 2015)

2) การทะลุของอวัยวะต่าง ๆ ใน ร่างกาย เช่น การเกิดกระเพาะอาหารทะลุ หลอด

เลือดแดง Aorta ฉีกขาด เป็นต้น เป็นผลให้เกิดการเสียเลือดจำนวนมาก อักเสบ และติดเชื้อถึงแก่ชีวิตได้ (Dunn, Kao, Hunter, Matthews, & Pollock, 2019)

3) การเกิดแผล เกิดจากผนังเนื้อเยื่อด้านในเกิดการอักเสบ เป็นแผล เนื่องจากถูกรบกวนจากเชื้อแบคทีเรีย กรดในกระเพาะอาหาร น้ำย่อยและน้ำดี เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการติดเชื้อและมีการฉีกขาด และมี เลือดออก เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น (Ansari, Bhatia, Gharat, Godad, & Doshi, 2023; Kumar et al., 2020)

4) เนื้องอก เป็นการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ ร่างกายที่ผิดปกติ โดยที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย โดยอาจเป็นเนื้องอก ชนิดธรรมดาหรือชนิดร้ายแรง ซึ่งการรักษาเนื้องอกที่นิยม คือ การผ่าตัดเอาก้อนเนื้อองอกนั้นออก (Dunn et al., 2019)

ประเภทของการทำผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุเป็นการรักษาที่ครอบคลุมโรคและภาวะผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้อง โดยมีหลายประเภทของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับลักษณะของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย การผ่าตัดช่องท้องมีการผ่าตัด 2 ประเภท โดยแบ่งตามลักษณะของแผลผ่าตัด (Seiler et al., 2009) ดังนี้

1) การผ่าตัดตามแนวตั้ง เป็นการผ่าตัดโดยเริ่มผ่าตัดจากกลาง ลำตัวบริเวณเหนือสะดือลงมาจนถึงบริเวณกระดูกหัวเหน่า เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดตามแนวตั้งกลางลำตัวนั้นสามารถเปิดผ่าตัดช่องท้องได้ง่าย เหมาะสำหรับการผ่าตัด แบบฉุกเฉินและการผ่าตัดที่การวินิจฉัยโรคที่ยังไม่ชัดเจน (Dunn et al., 2019; Seiler et al., 2009)

2) การผ่าตัดแบบแนวขวางและแนวเฉียงเช่น การผ่าตัดบริเวณใต้ชายโครง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ใช้ในการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบแนวเฉียงสามารถเปิดช่องท้องเห็นโครงสร้างอวัยวะภายในช่องท้องได้ชัดเจนเหมาะสำหรับการผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า (Ansari et al., 2023; Seiler et al., 2009)

ผลกระทบของการผ่าตัดในผู้สูงอายุ

การผ่าตัดในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกายทำให้มีความเปราะบางต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่าวัยอื่นๆ การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุมีผลกระทบ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด สาเหตุหลักของความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด คือ อาการปวดแผลผ่าตัด ภาวะอ่อนล้า คุณภาพการนอนหลับที่ลดลง และ ภาวะท้องอืด สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

1.1) อาการปวดแผลหลังผ่าตัดเป็นอาการปวดแบบเฉียบพลันที่พบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ซึ่งมักมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 20–80 และประมาณร้อยละ 30–55 รายงานว่ามีอาการปวดมากภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Ott et al., 2021) อาการปวดเฉียบพลันนี้มักจะรุนแรงที่สุดในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรก และจะค่อย ๆ ลดลงภายใน 5–7 วันหลังผ่าตัด หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003; Chou et al., 2016)

1.2) ภาวะอ่อนล้าหลังผ่าตัด เป็นอาการอ่อนเพลียของร่างกาย พบได้ใน 24 - 48 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 70 (DeCherney, Bachmann, Isaacson, & Gall, 2002)

1.3) คุณภาพการนอนหลับที่ลดลง การเข้ารับการผ่าตัดเป็นภาวะเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสนอนหลับได้ไม่เต็มที่ร่วมกับปวดแผลหลังผ่าตัดที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 49 (Robleda, Roche, Sánchez, Gich, & Baños, 2015)

1.4) ภาวะท้องอืด เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้กระเพาะอาหาร และลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพองเนื่องจากมีการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ และการสัมผัสลำไส้ในขณะผ่าตัดทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารมักเกิดในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1.5) ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของความสนใจและความบกพร่องทางสติปัญญา มีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น อายุ ยา การลดลงของสารสื่อประสาทในสมอง และการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่าภาวะดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยพบว่าความชุกสูงสุดอยู่ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดประมาณร้อยละ 40.5 (Witlox et al., 2010)

2) ด้านจิตใจ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดถึงร้อยละ 11-80 (Stamenkovic et al., 2018) โดยความวิตกกังวลนั้นมีสาเหตุมาจากความกลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลัวผลแทรกซ้อนทางสุขภาพ กลัวการเสียชีวิต และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา รวมทั้งความกลัวต่อการสูญเสียการควบคุมตนเองหรือการ

ต้องพึ่งพาผู้อื่นหลังผ่าตัด (Caumo et al., 2001; Mitchell, 2010)

3) ด้านสังคม มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดมีระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 - 44 (Lee, Kim, D., Park, Yoon, & Kim, J., 2021) ทั้งนี้เป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด หรือการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยหลังผ่าตัด รวมถึงสภาวะเปราะบาง (Frailty) ของผู้สูงอายุที่มีผลต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายได้ช้ากว่าคนวัยอื่น (McIsaac et al., 2018; Partridge, Harari, Martin, & Dhesi, 2018)

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

Thalmayer, Toscanelli, and Arnett (2021) กล่าวว่าภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวทำให้ความสามารถในการตั้งใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลงและการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงในการรู้คิดหรือความผิดปกติในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความจำลดลงมีความผิดปกติทางด้านภาษา เกิดอาการในระยะเวลาสั้น ๆ และมีอาการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงของวันภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความตื่นตัวลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันในการทำหน้าที่เกี่ยวกับ การรับรู้ ความเข้าใจ สมาธิหรือความตั้งใจ มีความลำบากในการจดจ่อใส่ใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความตระหนัก และการรับรู้ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults, 2015)

Inouye (2013) กล่าวว่า ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของ สมาธิ ความตั้งใจ และการรู้คิด ภาวะสับสนเฉียบพลันจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รวมทั้งอาจมีโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่สมองได้ เช่น การทำงานของสมองลดลง กลไกการทำงานของสมองด้านความจำสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร เป็นต้น

Anand and MacLullich (2021) กล่าวว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก การรับรู้ต่อวัน เวลา สถานที และบุคคล อาจมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว อาการมักขึ้นๆลงๆ มักเกิดในเวลาสั้นๆ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

Baker, Taggart, Helen, and Tillman (2015) กล่าวถึง ภาวะสับสนเฉียบพลันว่าเป็นอาการที่สามารถแสดงออกในรูปแบบต่างกัน ได้แก่ กระวนกระวาย ง่วงซึม เฉื่อยชา หรืออาจเป็นแบบผสมผสานที่มีทั้งอาการกระวนกระวายสลับกับง่วงซึม ซึ่งในผู้สูงอายุมักจะพบอาการง่วงนอน ซึมตอนกลางวัน และมีภาวะวุ่นวาย สับสนในช่วงเวลากลางคืน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปความหมายของภาวะสับสนเฉียบพลันว่าเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความผิดปกติในสมองที่ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิด ไม่สามารถคิดหาเหตุผลได้ มีความผิดปกติของ ความจำ ความตั้งใจ การรับรู้ต่อวัน เวลา สถานที่และบุคคล ภาวะสับสนเฉียบพลันอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น อาจมีอาการดีขึ้นสลับกับเลวลง ซึ่งมักเกิดขึ้นภายในช่วง 24–72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด โดยมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ และความสนใจอย่างเฉียบพลัน (Anesthesia Key, 2020; Austin et al., 2018)

อาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงภาวะสับสนเฉียบพลันที่พบได้บ่อย (Beth et al., 2013) ได้แก่

1) สมาธิ ความตั้งใจ ผู้ป่วยจะเสียสมาธิ ระดับของความตั้งใจลดลงรวมถึงความสามารถในการตัดสินใจจะแปรปรวนและพัฒนาในทางที่เลวลง กระบวนการประมวลผล การนำมาใช้ และการมีสมาธิกับสิ่งที่สนใจลดลง จำคำบอกไม่ได้ ต้องถามซ้ำบ่อยๆ ไม่สามารถสนทนาโต้ตอบง่ายๆ ได้ เป็นต้น

2) ความคิด ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีความคิดไม่ไหลลื่น ขั้นตอนการประมวลผลสูญเสียหน้าที่

3) ระดับความรู้สึกตัว ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอาการซึมลง บางคนมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายรุนแรง และก้าวร้าวรุนแรง

4) การรับรู้ อาจมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือ

มองเห็นภาพลวงตาหรือไม่เข้าใจ อาจเห็นภาพหลอน หรือหูแว่ว และมีอาการหลงผิด

5) วงจรการนอนหลับ มีความผิดปกติ มีอาการง่วงนอนตอน กลางวันบ่อยๆ และตื่นตอนกลางคืน มีอาการตื่นตัวมากเกินไปจะลุกออกจากเตียง เดินไปรอบๆใน เวลากลางคืน

6) กลไกทางจิต ผู้ป่วยสามารถเป็นได้ทั้งง่วงซึม สับสนและ กระวนกระวายสับสน อาการอาจจะขึ้นลงอย่างรุนแรง ร่วมกับกระสับกระวายสับสนอาการประสาทหลอน เกิดขึ้นในเวลาสั้นๆ

7) การไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจะไม่รับรู้วัน เวลา สถานที บุคคล และความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำระยะสั้น อาการสับสนขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

8) การเขียน มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการเขียน เป็นสัญญาณเริ่มต้นของอาการสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการเขียนตัวอักษรจะขยุกขยิก สะกดคำไม่ได้ เขียนตัวหนังสือเล็กลงเรื่อยๆ เขียนแบบลวกๆ และข้ามหน้าบ่อยๆ

9) พฤติกรรม มีอาการสับสน หวาดระแวง หวาดกลัว เข้าใจผิด ขึ้นๆลงๆ ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บางคนเฉยเมย และแยกตัว ทั้งนี้เวลาจะเป็นลักษณะเด่นของภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือวัน

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากระบบประสาทที่มีการลดลงของสารสื่อประสาท กระบวนการการอักเสบ และการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งพยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสมองที่สัมพันธ์กับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง และการทำงานในสมอง ปริมาตรโดยรวมของสมองลดลง ทำให้มีการลดจำนวน และปริมาตรของเซลล์ประสาทด้วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของจำนวนแขนงของใยประสาท จำนวนช่องระหว่างเซลล์ประสาทเป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการทำงานของสมอง โดยมีการสังเคราะห์สารสื่อประสาทลดลง มีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองในหลาย ๆ ส่วน เกิดความผิดปกติของสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้พลังงานและออกซิเจนจำนวนมาก มีความไวต่อการขาดออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆในร่างกายส่งผลต่อการไหลเวียนเลือด และปริมาณออกซิเจนไปสู่สมองลดลง (Kovalevskiy et al., 2018)

2) การบาดเจ็บของระบบประสาท ซึ่งเกิดใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การได้รับการบาดเจ็บของระบบประสาทโดยตรงจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง

และการได้รับการบาดเจ็บของระบบประสาทจากการหลั่งสารชีวเคมีจากระบบประสาทส่วนปลายที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง ทั้งการสังเคราะห์ การหลั่งสารสื่อประสาท และการถ่ายทอดกระแสประสาทผ่านเครือข่ายที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา ทำให้การทำหน้าที่ของประสาทมีการเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Kovalevskiy et al., 2018) การบาดเจ็บของระบบประสาทจากกระบวนการเมตาบอลิซึม ทำให้สมองได้รับพลังงานไม่เพียงพอจากการไหลเวียนเลือดเข้าสู่สมอง สมองมีความไวต่อภาวะที่ร่างกายขาดกลูโคส และภาวะพร่องออกซิเจน ถ้าหากค่าความดันออกซิเจนอยู่ระหว่าง 45-60 มม.ปรอท จะทำให้ความสนใจ และการเรียนรู้ในระยะสั้นลดลง และถ้ามีค่าความดันออกซิเจน 35-45 มม.ปรอท ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Kovalevskiy et al., 2018) การได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไปในระหว่างการผ่าตัด มีผลทำให้กดศูนย์ควบคุมการหายใจ กล้ามเนื้อคลายตัว การเสียเลือดและสารน้ำ เป็นจำนวนมากมีผลต่อปริมาณการไหลเวียนโลหิตเข้าสู่สมองลดลง ทำให้สมองได้รับออกซิเจนลดลง

การผ่าตัดอาจมีผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดที่เกิดจากการรวมตัวของ ไฟบริน เกร็ดเลือด และเซลล์เม็ดเลือดขาวมีผลให้เส้นเลือดในสมองหดรัดตัวได้ ดังนั้น การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะความดันโลหิตต่ำ เป็นภาวะที่มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อน้อย ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปสู่สมองลดลง และการขนส่งออกซิเจนไปสู่สมองลดลงด้วย มีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง (Inouye et al., 2014) การได้รับการบาดเจ็บของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนปลายพบว่า การผ่าตัดทำให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บและเนื้อเยื่อถูกทำลาย มีผลกระตุ้นให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ โดยหลั่งสารไซโตไคน์ ที่กระตุ้นให้เกิดการอักเสบ เช่น อินเตอร์ลิวคิน-1 และเบตา ทูเมอร์ เนโครซิส แฟกเตอร์-อัลฟาจะหลั่งสารจากระบบประสาทส่วนปลายเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งมีหลายกลไกที่สารเหล่านี้จะเข้าสู่สมอง โดยผ่านเยื่อหุ้มสมองหรือเข้าไปยังส่วนที่อยู่รอบโพรงสมอง การหลั่งสารไซโตไคน์ จะกระตุ้นให้สมองมีการสร้างไซโตไคน์ของการอักเสบทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อสมอง เกิดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติให้มีการสังเคราะห์และการหลั่งสารสื่อประสาทต่าง ๆ ที่ผิดปกติ มีผลให้เกิดการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ (Alam et al., 2018; Cibelli et al., 2010; Inouye et al., 2014; Terrando et al., 2010; Terrando et al., 2011)

3) กระบวนการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ ความเจ็บปวด และปัญหาความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดต่อร่างกาย ส่งผลให้มีการหลั่งสารคอร์ติซอล ทำให้ร่างกายต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ด้วยการควบคุมระดับคอร์ติซอล (Prete, 2018) ด้วยกระบวนการควบคุมแบบย้อนกลับซึ่งมีผลในด้านความจำ ในแต่ละบุคคลอาจมีสิ่งกระตุ้นความเครียดและการตอบสนองที่แตกต่าง รวมทั้งอาจมี

สถานการณ์อื่นที่ทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น เช่น ถูกย้ายไปอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยและไม่มีครอบครัวอยู่ด้วยในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่รุนแรง จะมีระดับของคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น และอาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดได้ (Mu et al., 2010) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านสติปัญญาอยู่เดิม

4) ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่มีบทบาทต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ โดพามีน และ อะเซทิลโคลีน ซึ่งควบคุมการทำงานของสมองด้านสติปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงสารสื่อประสาทอื่น ๆ ได้แก่ เซโรโทนิน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ ความโกรธ และความก้าวร้าว รวมถึงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อสารสื่อประสาท (Kovalevskiy et al., 2018)

4.1) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังทำให้เกิดการกดประสาทอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแอลกอฮอล์จะจับกับตัวรับสารสื่อประสาททำให้จำนวนสารสื่อประสาทลดลง เมื่อไม่ได้รับแอลกอฮอล์ การกระตุ้นเซลล์ประสาทจะเพิ่มมากขึ้นทา ให้เกิดพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ นอกจากนี้แอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์ต่อการควบคุมตัวรับสารสื่อประสาท เมื่อขาดแอลกอฮอล์ทำให้ตัวรับสารสื่อประสาทที่ไม่ได้รับการจับสารสื่อประสาทมีจำนวนเซลล์มาก ระบบประสาทถูกกระตุ้นมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางมีความบกพร่อง และสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ (Kovalevskiy et al., 2018)

4.2) การได้รับยาที่มีผลต่อสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติ ในการผ่าตัดผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งบางตัวออกฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก ที่มีผลต่อความสมดุลของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ อะเซทิลโคลีน และโดพามีน ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของสมองด้านสติปัญญา พฤติกรรมและอารมณ์ นอกจากนี้ ยาบรรเทาปวดที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก เช่น Narcotic NSAID ยานอนหลับ เป็นต้น ที่จำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยระยะหลังการผ่าตัด การได้รับยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทยาบำบัดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาควบคุมความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ รวมถึง Cimetidine ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองและทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Inouye et al., 2021)

5) การเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ–ตื่นในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเสื่อมประสิทธิภาพของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการนอน ได้แก่ โคลิเนอร์จิก เซโรโทนิน และนอร์เอพิเนฟริน ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทลดลงอย่างต่อเนื่อง (Brown et al., 2012) วงจรการนอนมี 2 ช่วงสำคัญ คือ REM Sleep และ Non-REM Sleep โดยเฉพาะช่วง REM ที่มี

บทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูสมองและการคงสมดุลของร่างกาย รวมทั้งเกี่ยวข้องกับความจำและการรับรู้ ซึ่งมักถูกรบกวนในผู้สูงอายุ (Carskadon & Dement, 2017) ภาวะดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Postoperative Delirium) (Inouye et al., 2014) นอกจากนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น เสียงรบกวน แสงสว่าง และความเจ็บปวด ยังมีผลต่อการนอนที่ผิดปกติและลดคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุ (Chouchou, Khoury, Chauny, Denis, & Lavigne, 2014)

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากหากไม่ได้รับการประเมินและจัดการอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การฟื้นตัวล่าช้า และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การใช้เครื่องมือประเมินที่มีความน่าเชื่อถือช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถตรวจพบภาวะสับสนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การนำการประเมินมาใช้อย่างเป็นระบบจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดผลกระทบจากภาวะนี้ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สามารถวินิจฉัยได้เฉพาะเจาะจง การประเมินจึงอาศัยวิธีการทางคลินิกและเครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน (Inouye et al., 2014; Marcantonio, 2017) ด้วยวิธีการดังนี้

1) การสังเกตอาการทางคลินิก โดยประเมินจากการซักประวัติ อาการทางคลินิก การตรวจร่างกาย ร่วมกับการประเมินการรู้คิด และการวินิจฉัยสาเหตุ เช่น โรคทางกาย ระยะเวลาในการเกิดอาการในช่วงเวลาสั้น ๆมีการเปลี่ยนแปลงของอาการในระหว่างวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้สูง หากมีปัจจัยกระตุ้นดังนี้ ได้แก่ อาการปวดเฉียบพลัน ทั้งปวดแผลผ่าตัด ปวดจากพยาธิสภาพที่ทำให้ต้องผ่าตัด เช่น กระดูกหัก การที่ได้รับอุปกรณ์เหนี่ยวรั้ง ภาวะทุพโภชนาการ มีการใช้ยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก การใส่สายสวนปัสสาวะ ซีด ความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ผิดปกติ การเสียเลือดจากการผ่าตัดในช่วงผ่าตัดปริมาณมาก (เกรียงศักดิ์ นิลทะการ และปาณจิตร สุกุมาลย์, 2563)

2) ประเมินโดยการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่มีผู้พัฒนาขึ้น สามารถแบ่งเครื่องมือได้ตามลักษณะการใช้งานเพื่อการวินิจฉัย และใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินเพื่อวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นเครื่องมือที่มีการศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมิน ค้นหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมอง ข้อมูลการประเมิน ประกอบด้วย การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) ความจำ

(Memory) สมาธิ (Concentration) ดังเครื่องมือตัวอย่างต่อไปนี้

2.1.1) แบบประเมิน Confusion Assessment Method [CAM] เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Inouye et al. (1990) ที่ออกแบบเพื่อให้สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้โดย ผู้ที่ไม่ใช่จิตแพทย์และมีพื้นฐานบนเกณฑ์การประเมิน การวินิจฉัยของ สมาคมจิตแพทย์ของ สหรัฐอเมริกา เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลา 5-10 นาที และครอบคลุมอาการหลักของภาวะสับสนเฉียบพลัน 9 อาการ ได้แก่ มีการเกิดอย่างเฉียบพลันและมีการเปลี่ยนแปลงของอาการขึ้น-ลงไม่คงที่ ไม่มีสมาธิ ความคิดไม่เป็นระบบ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว มีความผิดปกติของการรับรู้วัน-เวลา-สถานที่-บุคคล ความจำบกพร่อง การรับรู้ผิดปกติ มีการเคลื่อนไหวที่มากขึ้นหรือน้อยลงอย่างผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ-ตื่น ซึ่งทั้ง 9 อาการสามารถประเมินได้จากการสังเกตและใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สามารถสอบถามอาการทางคลินิกได้อย่างละเอียด และเพื่อให้แบบประเมินง่ายต่อการใช้มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว จึงได้พัฒนา CAM algorithm ในการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างครอบคลุมอาการเด่นทั้ง 4 ด้าน คือ (1) การเริ่มมีอาการแบบเฉียบพลันและมีความผันผวนของอาการ(Acute Onset And Fluctuating Course) (2) การมีความบกพร่องด้านความสนใจ (Inattention) (3) การคิดผิดปกติ (Disorganized Thinking) และ (4) ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Altered Level of Consciousness) (Inouye et al., 1990)

การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างพูดคุยสนทนากับผู้ป่วย การแปลผลการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ต้องมีอาการสำคัญในข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ร่วมกับมีอาการในข้อที่ 3 หรือข้อที่ 4 นอกจากนี้แบบประเมินยังมีความสัมพันธ์กับแบบประเมินการทำหน้าที่ของสมอง (Mini-Mental Status Examination) แบบประเมิน Visual Analog Scale For Confusion และการทดสอบความจำ ระยะสั้นและสมาธิ (Digit Span Test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bombardier, 2016) ถึงแม้ว่าแบบประเมิน CAM จะสามารถค้นหาผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันได้สูง แต่มีความเฉพาะในการแยกผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันออกจากภาวะสมองเสื่อมได้น้อย ดังนั้น CAM จึงสามารถใช้ในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับสั้นของ Inouye et al. (1990) ถูกนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย Wongpakaran et al. (2011) แล้วปรับปรุงให้มีความหมายสอดคล้องเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แล้วนำไปศึกษากับผู้สูงอายุ จำนวน 66 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นตรงของเครื่องมือในการวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยของจิตแพทย์ที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา กับการวินิจฉัยโดยใช้แบบประเมินภาวะสับสน

เฉียบพลันฉบับสั้นภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินมีค่าความไว ร้อยละ 91.9 และความจำเพาะ ร้อยละ 100 สามารถใช้แยกผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันออกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชอื่นได้ดี (พรรณี ไชยวงค์, กนกพร สุคำวัง, โรจนี จินตนาวัฒน์, และณหทัย วงศ์ปการันย์, 2558)

2.1.2) แบบประเมิน The NEECHAM Confusion Scale (NEECHAM) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Neelon, Champagne, Carlson, and Funk (1996) เพื่อใช้ในการประเมินทางการพยาบาล เพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก และติดตามประเมินซ้ำ ใช้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตและบันทึกทางการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 กระบวนการ คือ ความตั้งใจ คำสั่ง การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระดับที่ 2พฤติกรรม คือ ลักษณะท่าทางการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและคำพูด และระดับที่ 3 การควบคุมด้านร่างกาย คือ ความคงที่ในการทำหน้าที่ของสัญญาณชีพความสม่ำเสมอของค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด การควบคุมการกลั้นปัสสาวะมีค่าคะแนนทั้งหมด 30 คะแนน แบ่งคะแนนเป็นระดับโดยค่าคะแนน 0-19 คะแนน หมายถึงมีภาวะสับสนระดับปานกลางถึงรุนแรง ค่าคะแนน 20-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะสับสนเล็กน้อยหรือเริ่มมีอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน ค่าคะแนน 25-26 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และค่าคะแนน 27-30 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหรือมีการทำหน้าที่ปกติ แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีความไวร้อยละ 89.7 และความจำเพาะร้อยละ 69.6 (จินตนา สินธุสุวรรณ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553)

2.1.3) แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Nursing Delirium Screening Scale NuDES) แปลเป็นภาษาไทยโดยภาวิช สมนึกและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับ การสับสนระหว่างบุคคล สถานที่ เวลา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ/ประสาทหลอนความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลง คำตอบเป็นแบบมาตรวัด Rating Scale 3 ระดับ ระดับความรุนแรงของอาการ 0 ไม่มีอาการ / 2 มีอาการเล็กน้อย / 3 มีอาการชัดเจน การแปลผล คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 หมายถึง Positive แปลผลได้ว่ามีภาวะ Delirium คะแนนน้อยกว่า 2 หมายถึง Negative แปลผลได้ว่าไม่มีภาวะ Delirium

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Nursing Delirium Screening Scale NuDESC) ฉบับภาษาไทย (Nu DESC Thai) พัฒนาโดย Somnuke et al. (2022)ได้รับการแปลและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามหลักวิชาการ โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.74) และการทดสอบความ

เชื่อมั่นของผู้ประเมินระหว่างกัน (Inter-Rater Reliability) ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องสูงถึง 98–100% โดยแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลศิริราช โดยพยาบาลในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด (PACU) และแพทย์ในหอผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ DSM-5 พบว่าแบบประเมินนี้มีความไวและความจำเพาะในระดับน่าพอใจ ผู้วิจัยจึงนำ Nu DESC Thai ไปใช้ในการประเมินทางการพยาบาล เพื่อค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก เป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามไม่มากเกินไป ครอบคลุมทุกด้าน และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย ภาวะสับสนเฉียบพลันจัดเป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดต่อไป

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ซึ่งพัฒนาโดย Lenz et al. (1997) เป็นทฤษฎีการพยาบาลระดับกลาง อธิบายลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเน้นอาการเป็นศูนย์กลางของทฤษฎีและพิจารณาอาการในเชิงมิติที่สามารถวัดและวิเคราะห์ได้ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึ่งสะท้อนระดับความเข้มของอาการและสามารถนำไปใช้วางแผนการจัดการ เช่น ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องอาจมีอาการปวดรุนแรงมากในช่วง 24 ชั่วโมงแรก มิติด้านเวลา ซึ่งครอบคลุมความถี่ และระยะเวลาของอาการ อาทิ การปวดเป็นช่วง ๆ หรือปวดต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต ระดับความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยรับรู้จากอาการ ซึ่งสะท้อนความเครียด วิตกกังวล หรือความไม่สบายใจที่เกิดจากอาการ และคุณภาพของอาการ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของอาการตามที่ผู้ป่วยอธิบาย เช่น ปวดแสบ แน่น หายใจไม่อิ่ม หรือเหนื่อยล้า การวิเคราะห์ทั้งสี่มิติช่วยให้การประเมินและการจัดการอาการเป็นไปอย่างเหมาะสมและเฉพาะบุคคล องค์ประกอบเหล่านี้สัมพันธ์ซึ่งกันและกันและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดหรือความผิดปกติของร่างกาย, ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ของผู้ป่วย, และปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น สภาพแวดล้อม สถานะทางสังคม คุณภาพการนอนหลับ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสามารถในการดำเนินกิจวัตร ฟื้นตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lenz et al., 1997)

ทฤษฎีดังกล่าวได้รับการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการพยาบาล โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากความเจ็บป่วยหรือการรักษา เช่น การศึกษาของ Kim, H., Kim, S.,

Lee, and Oh (2014) พบว่าความปวดหลังผ่าตัด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) เป็นกรอบแนวคิดที่มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการประเมินอาการในลักษณะองค์รวม อีกทั้งยังสามารถสนับสนุนการวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัจจัยรอบด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kim et al., 2014)

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (1997) เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า โดยทฤษฎีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอาการไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์ อาการอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอาการพร้อมกันและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน เช่น คุณภาพการนอนที่ไม่ดี ความปวด และการขาดการสนับสนุนทางสังคม ล้วนมีส่วนกระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การฟื้นตัว การกลับไปทำหน้าที่ตามปกติ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (American Lung Association, 2019)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ เป็นอาการไม่พึงประสงค์มักเกิดขึ้นเฉพาะในผู้สูงอายุที่หลังผ่าตัด (Kim et al., 2014) โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กับหลากหลายปัจจัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เช่น อายุ เพศ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะโภชนาการผิดปกติ การใช้ยาระงับปวด ระยะเวลาผ่าตัด การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ (Qi et al., 2022) ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่สูงกว่า 5 คะแนนจะมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น 2.7 เท่า (Jin et al., 2020) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ภายหลังผ่าตัดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นถึง 3.1 เท่า (He et al., 2022) ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นสองเท่า (Dong et al., 2023) รวมทั้งการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines และ Opioids ยังพบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Zhang et al., 2021) ระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนานกว่า 3 ชั่วโมงและการเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัดจะมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่ายังพบปัจจัยที่เพิ่มความ

เสี่ยงได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนหลังผ่าตัด ภาวะโลหิตจาง และการมีโรคร่วมหลายโรค (Inouye et al., 2014) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย เลือกศึกษาปัจจัยที่สำคัญหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยในช่วงหลังผ่าตัดได้ต่อไป

ความปวด

ความปวด เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ ซึ่งเกิดร่วมกับการบาดเจ็บหรือสามารถที่จะทำให้เนื้อเยื่อร่างกายบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึก อารมณ์ ความรู้คิด และสังคม (อุศณี เอมอิ่มอนันต์, พรพิมล คำประเสริฐ, นฤมล วทัญญูคุณากร, สุวิมล ชิยางคะบุตร, และพรวิภา ขจรนาม,2564)

ความปวด เป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริง หรือที่อาจเกิดขึ้น (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020)

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางร่างกายที่รับรู้ร่วมกัน ซึ่งสะท้อนถึง ความกลัวของบุคคลต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย (Treede, 2018)

ความปวดจึงเป็นประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบ Elective ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้าอย่างรอบคอบ และมีความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ (Hemmerling, 2018; Shi et al., 2019)

กล่าวโดยสรุป ความปวด คือ การรับรู้ประสบการณ์ส่วนบุคคลต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ แบ่งตามระยะเวลาที่เกิดและแบ่งตามตำแหน่งที่เกิดความปวด (Booysen, Burger, Du Plessis, & Cockeran, 2020) คือ

1) ความปวดเฉียบพลันเป็นความปวดที่พบได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวันจะเกิดขึ้นกับร่างกายทันทีทันใดมักมีสาเหตุจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายและมีความปวดรุนแรงในระยะแรกจากนั้นก็จะค่อยๆลดลงและจะหายไปเองโดยไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาก็ได้ ระยะเวลาของความป่วยชนิดนี้จะมีได้ไปจนถึง 6 เดือนพบได้ในผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บ การผ่าตัด และการทำหัตถการ ต่างๆ ความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันมีตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงมักเกิดเฉพาะที่และมีขอบเขตของความปวดที่ชัดเจน

2) ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่ค่อยๆเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาความปวดอาจค่อยๆเกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้าๆไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใดมีความปวดอยู่นานมากกว่าหกเดือนขึ้นไปบริเวณที่ปวดจากกว้างบอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน

กลไกการเกิดความปวด

การศึกษาในเชิงกลไกการเกิดความปวดเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ทราบว่าความปวดเกิดขึ้นอย่างไรในระดับเซลล์และระบบประสาท การเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่การกระตุ้นตัวรับความปวด การนำสัญญาณสู่สมอง การรับรู้ และการปรับเปลี่ยนสัญญาณปวด จะช่วยให้สามารถเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาลดการอักเสบ การบล็อกสัญญาณประสาท หรือการบำบัดแบบจิตใจควบคู่กันไป (Melzack & Wall, 1967) กลไกการเกิดความปวด ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ สิ่งกระตุ้นความปวด (Pain Stimuli) ตัวรับความปวด (Pain Receptors) และวิถีประสาทนำความรู้สึกปวด (Pain Impulse Pathway) (Guyton & Hall, 2021; Tortora & Derrickson, 2020)

2.1) สิ่งกระตุ้นความปวดจำแนกได้เป็น 3 ประเภทคือ

(1) สิ่งกระตุ้นเชิงกล ได้แก่ การทำลายของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือดและการเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

(2) สิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และกระแสไฟฟ้าเป็นต้น

(3) สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมีซึ่งมีทั้งสารเคมีภายในและภายนอกร่างกายสารเคมีภายในร่างกาย เช่นโพแทสเซียม ฮิสตามีน ซีโรตินิน เป็นต้น สารเคมีนอกร่างกาย ได้แก่ กรด ด่างเป็นต้น

2.2) ตัวรับความปวดสามารถรับการกระตุ้นจากสิ่งที่เป็นอันตรายเป็นปลาย

ประสาทอิสระมีตัวรับความปวดที่สำคัญอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรกคือ ตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดและระดับสูงซึ่งรับความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทงและตัวรับความปวดจากความร้อนซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนผิวหนังทั้งหมด กลุ่มที่สองคือ ตัวรับความปวดที่มาจากหลายทางรับสิ่งกระตุ้นที่เป็นแรงกด แรงความร้อน และสารเคมีทั้งหมด ตัวรับความปวดชนิดนี้จะอยู่ทั่วไปทุกเนื้อเยื่อทั้งในระดับตื้นและลึกโดยเฉพาะที่อวัยวะภายในเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเชิงกล อุณหภูมิ และสารเคมีปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจนจนถึงระดับความทนต่อความปวดเกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกปวดส่งไปตามเส้นประสาทสู่ไขสันหลังและสมอง กลุ่มสุดท้ายจะเป็นตัวรับความรู้สึกเฉพาะเรียกว่าตัวรับเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับต่ำจะรับความรู้สึกการสัมผัสการสั่นสะเทือนซึ่งถ้าถูกกระตุ้นด้วยการสั่นสะเทือนหรือนวดจะสามารถยับยั้งสิ่งกระตุ้นความปวดได้ในระดับไขสันหลัง

2.3) วิถีประสาทนำความรู้สึกปวด เมื่อความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นจะเกิดกระแสประสาทความรู้ความรู้สึกปวดขึ้นแล้วส่งกระแสไปตามใยประสาทรับความรู้สึกนำเข้าแบ่งเป็นสามกลุ่มใหญ่ใหญ่คือ

(1) ใยประสาทเอ-เบต้าหรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้มจะนำความรู้สึกได้เร็วรับสัญญาณประสาทจากตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับต่ำซึ่งเป็นตัวรับเฉพาะเช่นความรู้สึกสัมผัส การสั่นสะเทือน

(2) ใยประสาทเอ-เดลต้า หรือใยประสาทที่มีเปลือกหุ้ม ตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับสูง และตัวรับความปวดจากความร้อน จะนำความปวดชนิดแหลมคม หรือความรู้สึกร้อน จะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าประสาทเอ-เบต้าสามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน และความรู้สึกปวดหมดไปเร็ว

(3) ใยประสาทซี หรือใยประสาทที่ไม่มีเปลือกหุ้มตัวรับความปวดที่มาจากหลายทาง จะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าใหญ่ประสาทเอ-เดลต้าโดยจะนำความรู้สึกปวดแบบตื้อๆ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดร้าว บอกตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน ซึ่งความรู้สึกปวดจะมีอยู่เป็นเวลานาน

เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันหมดโดยใยประสาทเอ-เดลต้าและใยประสาทซีเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกปวดในขณะที่ประสาทเอเบต้าจะนำสัญญาณเข้าเพื่อปรับความรู้สึกปวดทำให้ความรู้สึกนั้นน้อยลงประสาทที่ถูกปรับเปลี่ยนนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตูและทฤษฎีควบคุมความปลอดภัย ดังนี้

ทฤษฎีควบคุมประตู ซึ่งเสนอโดย Melzack and Wall (1967) ทฤษฎีควบคุมประตู เป็น ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเกิดความปวดที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถ

อธิบายความปวดได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทฤษฎีนี้อธิบายกลไกการเกิดความปวดว่าร่างกายเรามีเส้นใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวดและขัดขวางสัญญาณความปวดโดยเส้นใยประสาท เอ เบต้า เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และเส้นใยประสาทเอ อัลฟ่า มีขนาดใหญ่ที่สุด ซึ่งเส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้รับสัญญาณจากการนวด การกดและอุณหภูมิ ส่วนเส้นใยประสาทขนาดเล็ก คือ เส้นใยซี และเส้นใยประสาท เอ เดลต้า ซึ่งเส้นใยประสาทขนาดเล็กทั้งสองชนิดนี้จะเป็นตัวรับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย โดยส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด ไปที่บริเวณ Dorsal Horn ที่ไขสันหลัง ซึ่งจะมีเซลล์ที่ชื่อว่า SG cell มีหน้าที่คอยควบคุมการปิดเปิดประตูของไขสันหลังที่จะยอมให้สัญญาณความปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองผ่าน T cell ถ้าสัญญาณความปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองได้ร่างกายจะเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทของเส้นใยประสาท ขนาดใหญ่ทั้งเอ เบต้า และ เอ อัลฟ่ายังเป็นตัวที่สามารถควบคุมการปิดประตูได้เช่นกัน หากเส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้ได้รับการกระตุ้นด้วยการนวด สัมผัส จะส่งผลให้ยับยั้งการส่งข้อมูลความปวดของ SG cell ไปยัง T cell ที่ไขสันหลัง เป็นการปิดประตูการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมองได้ การปิดเปิดประตูที่ไขสันหลังนั้น ยังสามารถขึ้นอยู่กับระบบการคิด อีกด้วย เนื่องจากกลไกความคิดส่วนกลางสามารถควบคุมการทำงานของกลไกประตูได้โดยสั่งการให้ปิดประตูโดยผ่านสัญญาณการควบคุมไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ ยับยั้งการทำงานของ T cell ที่ไขสันหลัง ทำให้ปิดประตู ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการทำงานของความคิด เช่น มีความ สนใจต่อความปวด ก็จะเกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น เพราะกลไกความคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ปิดประตูที่ไขสันหลังได้ (Butler & Moseley, 2013; Melzack & Wall, 1967; Schultz & Moseley, 2015)

ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องมักเป็นความปวดเฉียบพลันชนิดที่มีความรุนแรงสูงและยาวนานกว่าผู้ป่วยวัยอื่น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเสื่อมสภาพของระบบประสาท การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง และการมีโรคร่วมหลายชนิด (Hemmerling, 2018; Yamamoto et al., 2019) ความปวดในกลุ่มนี้มักมีลักษณะเป็นปวดแสบ ปวดตื้อ และปวดลึกในบริเวณแผลผ่าตัด รวมทั้งอาจลามไปยังส่วนอื่นของช่องท้องและบริเวณใกล้เคียง (Terkawi et al., 2017) นอกจากนี้ ความปวดยังสัมพันธ์กับการตอบสนองทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งส่งเสริมภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Shi et al., 2019) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ elective มักมีการเตรียมตัวล่วงหน้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีการวางแผนการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ จึงมักควบคุมความปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบ Emergency ซึ่งเกิดขึ้น

อย่างฉุกเฉิน โดยไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า ส่งผลให้ความปวดในกลุ่ม Emergency มักรุนแรงกว่าและมีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น (Grass et al., 2016; Salvetti et al., 2020) และงานวิจัยของ Takeyama et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมีระดับการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าผู้ป่วยวางแผนล่วงหน้าและมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะหายใจล้มเหลวมากกว่า และพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องร้อยละ 86 มีความปวด และร้อยละ 10.9 มีระดับความปวดที่รุนแรง (Hemmerling, 2018) สำหรับในประเทศไทยมีรายงาน การศึกษาถึงอุบัติการณ์ความปวดแผลระยะหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องพบว่ามีมากถึงร้อยละ 92.7 (คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, และนราภรณ์ ขุนกำแหง, 2563) และจากการศึกษาของจุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ (2560) เรื่องความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความปวดปานกลางถึงรุนแรง สูงถึงร้อยละ 88 โดยร้อยละ 95 จะปวดมากในวันแรกและลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา และสอดคล้องกับทิพวัลย์ รัตนพันธ์, ทิพมาส ชิณวงศ์, และขนิษฐา นาคะ (2564) พบว่าความปวดแผลหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากนั้นในวันที่ 1-3หลังผ่าตัด มีระดับความปวดอยู่ในระดับน้อย

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การเลือกเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญยิ่ง เครื่องมือที่ใช้งานง่ายและเชื่อถือได้ เช่น Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analog Scale (VAS) และ Verbal Rating Scale (VRS) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวัดระดับความปวดและติดตามการตอบสนองต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hjermstad et al., 2011; Saengsawang, Kaewmongkol, & Inpankaew, 2021) โดยการประเมินความปวดสามารถกระทำหลายแนวทาง ดังนี้

1) การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดได้ดีที่สุด เป็นข้อมูลที่พยาบาลควรจะเชื่อถือได้ เพราะเป็นความรู้สึกส่วนตัว ที่ไม่มีใครบอกหรือบรรยายแทนกันได้ โดยประเมิน (1) ความรุนแรงความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงความเจ็บปวดตามเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด (2) ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวดช่วยบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ (3) ลักษณะของ ความปวดให้ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดอย่างไร เช่น ปวดแปลบ เป็นต้น (4) เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด เช่น ปวด

ตลอดเวลา ปวดเป็นพักๆ (5) ประวัติความเจ็บปวดในอดีตและวิธีบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้

2) การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้านิ่ว คิ้วขมวด กัดฟัน เม้มปาก การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น พลิกตัวไปมา ดิ้นไปมา หรือการ นอนนิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย หรือนอนในท่าที่ผิดปกติ เช่น นอนงอตัว เป็นต้น

3) การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ ทราบผลได้ทันที เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น

4) การประเมินจากการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย ซึ่งการใช้ยาระงับปวดจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของอาการปวด โดยปริมาณความต้องการการใช้ยาระงับปวดที่ เพิ่มขึ้นจะแปรผันตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น การขอยาระงับปวดเป็นพฤติกรรม การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยปกติแล้วการใช้ยาระงับปวดจะมีมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการหลั่งสารต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความปวดจะมีมากในระยะแรกหลังผ่าตัด และในระยะต่อมาอาการปวดจะเริ่มทุเลาลง (Saengsawang et al., 2021)

5) การประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดควรมีการประเมินตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นการประเมินที่ดีที่สุด ดังนั้น การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมจะทำให้สามารถจัดการความปวดได้มีประสิทธิภาพมาก ขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือประเมินความปวด มีดังนี้

(1) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) มาตรวัดความปวด ชนิดนี้มีความยาว 10 เซนติเมตร อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้ง โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือแสดงถึง ไม่ปวด เลย ส่วนทางด้านขวามือ แสดงถึง ปวดมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนมาตรวัดตามความปวดของ ตนเอง เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

(2) มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal Rating Scale: VRS) แบ่งความปวด เป็นระดับต่างๆ จัดเป็นลำดับ บรรยายสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมา เป็นตัวเลขได้ ใช้รวมกับมาตรวัดแบบตัวเลข

(3) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) มีการแบ่งตัวเลขตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0-10 เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ส่วนมาตรวัดความปวดแบบ ตัวเลข 0-100 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ NRS เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยม

เนื่องจากใช้งานง่าย เข้าใจได้รวดเร็ว ซึ่งแสดงถึงระดับความปวดในเชิงปริมาณ ช่วยให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้อย่างต่อเนื่องและแม่นยำ ทั้งนี้มีการศึกษาความเชื่อถือของ NRS พบว่า ค่า Test-Retest Reliability อยู่ระหว่าง 0.67–0.96 (Williamson & Hoggart, 2005) และมี Validity ที่ดีในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) วิธีการใช้ง่าย สะดวก ใช้เวลา ในการประเมินน้อย ไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วย จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดหลังผ่าตัดกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ความปวดสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้ผ่านกลไกของระบบประสาทส่วนกลางหลายประการ เมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อ สัญญาณ Nociception จากเส้นใย C และ A-Delta จะถูกส่งเข้าสู่ Dorsal Horn ของไขสันหลังและถูกขยายความแรงโดยสารสื่อประสาท เช่น Serotonin, Dopamine, Norepinephrine และ Endogenous Opioids ก่อนส่งต่อสู่สมองเพื่อเกิดการรับรู้ความปวด กระบวนการ Nociception ที่เพิ่มสูงหลังผ่าตัดทำให้เกิด Neuroinflammation, ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาท และการเปลี่ยนแปลงของระบบ Arousal ในสมองส่วน Reticular Activating System ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ การได้รับความปวดอย่างต่อเนื่องทำให้ร่างกายมีการหลั่ง Cytokines เช่น IL-6 และ TNF-A เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมองส่วน Prefrontal Cortex และ Hippocampus ทำให้เกิดการลดลงของความสนใจ ความจำ และการประมวลผลข้อมูล ส่งผลให้ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางของระบบประสาทอยู่เดิม (Inouye et al., 2014; Vasunilashorn et al., 2017; Whitlock et al., 2011) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะคุกคามต่อความสุขสบายของผู้ป่วยในวัยสูงอายุ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขอย่างเพียงพอกับความต้องการในผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดที่มีระดับความรุนแรงความเจ็บปวด 2-6 คะแนนความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ผลการศึกษาในผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่ได้รับการผ่าตัดระบบประสาท พบว่าระดับความปวดที่มากกว่า 6.8 คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (McClements et al., 2017) นอกจากนี้ ความปวดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด (Zhang & Zhang, 2015) โดยอาการปวดในระดับสูงภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

(Liu et al., 2023, r = 0.236, p = .017) ทั้งนี้ ระดับของความปวดยังส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดในระดับปานกลางมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.19 เท่า และผู้ที่มีอาการปวดในระดับรุนแรงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 3.72 เท่า ในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Shi et al., 2019)

คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการนอนหลับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ตลอดจนความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน ซึ่งครอบคลุมทั้งระยะเวลาในการนอนหลับ การตื่นกลางดึก การหลับลึก การนอนต่อเนื่อง และความพึงพอใจต่อการนอน (Buysse, et al., 1989; Ohayon et al., 2017)

คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสมอง การเรียนรู้ ความจำ และความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Zheng et al., 2023)

1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ได้แก่

(1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องโดยตรง (Active Theory of Sleep) ที่เชื่อว่าการนอนหลับเกิดจากการหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin ของก้านสมองส่วนใต้มิดพอนส์ (Midpons) ได้แก่ Nucleus Reticularis Ventralis เซลล์ประสาทราฟ (Rapha Nuclei) และเซลล์ประสาทที่ Rostral Solitary Tract และการมีสิ่งเร้าที่เหมาะสม การอึม อากาศอบอุ่น และการลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึก ส่งผลไปยับยั้งการทำงานของสมองส่วนต่างๆ เช่น Cortical Cortex เกิดจากการขัดขวางการทำงานของ Reticular Formation ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างช้า (Non-Rapid Eye Movement Sleep : NREM) ส่วนการหลั่งสาร นอร์แอดรีนาลีนและอะซีทีลโคลีน จากเซลล์ประสาท Local Coeruleus และIntercellular Tegmental Field : GTF ในสมองส่วน พอนส์ ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep: REM)

(2) ทฤษฎีที่เป็นผลโดยอ้อม (Passive Theory Of Sleep) เชื่อว่าการนอนหลับเกิดจากกระบวนการที่สมองส่วน Ascending Reticular Activating System (ARAS) ซึ่งเป็นสมองที่ทำงานในขณะตื่นมีการทำงานน้อยลง ทำให้มีการกระตุ้นสมองส่วนนอกคอร์เท็กซ์น้อยลง ทำให้ง่วงนอน และเข้าวงจรการนอนหลับ ต่อมามีการศึกษาทดลองพบข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งแนวคิดนี้

(3) ทฤษฎีที่สร้างทดแทน (Restitution Theory) เชื่อว่าการนอนหลับคือช่วงเวลาที่ร่างกายมีการฟื้นฟูสร้างเสริม ซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ เพื่อนำไปใช้ขณะตื่น การนอนหลับถึงระยะไม่มีการกลอกตาเร็วระยะ3 (NREM3) และระยะที่ 4 (NREM4) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านร่างกาย ส่วนการนอนหลับแบบมีการกลอกตาเร็ว (REM) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ โดยเชื่อว่าใน 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ คือช่วง REM ระบบประสาทจะหลั่งสาร Growth Hormone เพิ่มขึ้น มีการนำ Amino Acid เข้าสู่เซลล์มากขึ้นเกิดการสังเคราะห์โปรตีนซึ่งทฤษฎีนี้มีข้อโต้แย้งว่าในขณะที่เซลล์มีการสังเคราะห์โปรตีนเพื่อเกิดการเจริญเติบโต และซ่อมแซมจะต้องใช้อินซูลินด้วย แต่ในระยะแรกของการนอนหลับร่างกายกลับไม่พบอินซูลิน

(4) ทฤษฎีสารชีวเคมี (Humoral Theory) เชื่อว่าขณะที่ร่างกายมีกิจกรรมจะมีของเสีย (Chemical Toxin) และการสะสม ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และต้องการการนอนหลับ ในขณะมีการนอนหลับร่างกายจะขจัดสารที่ทำให้หลับ (Hypnotic Toxin) ออกจากร่างกาย ทำให้เราตื่น แต่ทฤษฎีนี้ขัดแย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่าแฝดสยามอิน-จันที่มีระบบไหลเวียนเลือดร่วมกันแต่มีแบบแผนการนอนหลับต่างกันและหลับคนละเวลาในปัจจุบันนักสรีรวิทยาและนักชีวเคมีได้ค้นพบสารชีวเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลายและเกิดการนอนหลับได้แก่ Melatonin, Peptides, Prostaglandins, Gamma-Amino Butyric Acid : GABA และฮอร์โมนอื่นๆ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากหลายปัจจัย ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผู้สูงอายุมีการลดลงของฮอร์โมนเมลาโทนินและการเปลี่ยนแปลงของวงจร Circadian ทำให้ระยะหลับลึกสั้นลง ตื่นบ่อย และหลับไม่ต่อเนื่อง (Crowley, 2011)

2) โรคประจำตัวและอาการทางกาย ภาวะปวดเรื้อรัง โรคหัวใจ เบาหวาน หรือการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ทำให้เกิดการตื่นซ้ำ ส่งผลให้โครงสร้างการนอนหลับถูกรบกวน (Kim et al., 2020)

3) การใช้ยา ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะหรือสเตียรอยด์ มีผลกระทบต่อการนอนโดยการกระตุ้นหรือทำให้ตื่นบ่อย ขณะที่ยากลุ่มกดประสาทแม้ช่วยให้นอนหลับ แต่กลับลดคุณภาพของการนอนลึก (Crowley, 2011)

4) ปัจจัยทางจิตใจ ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติและระดับคอร์ติซอล ส่งผลให้ระยะเวลาเข้านอนนานขึ้นและคุณภาพการ

นอนลดลง (Fang, Tu, Sheng, & Shao, 2019; Zhou, Wildschut, Sedikides, Chen, & Vingerhoets, 2012)

5) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การขาดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับการนอนหลับยากขึ้น (Chongopklang, & Polsook, 2024) ขณะที่สิ่งแวดล้อม เช่น เสียงรบกวนและแสงสว่าง ทำให้วงจรการนอนถูกรบกวนผ่านกลไกการยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน (Chouchou et al., 2014)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับวัดได้ 2 ด้าน คือ ด้านอัตนัยและด้านปรนัย การวัดจากด้านอัตนัยเป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากตื่นนอนหรือหลังจากที่ร่างกายได้รับการพักผ่อนแล้ว ซึ่งความรู้สึกนี้จะแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล ส่วนการวัดจากด้านปรนัยเป็นการวัดโดยใช้จอแสดงผลการตรวจทางสรีรวิทยาไฟฟ้าหัวใจที่ประกอบด้วย ระยะเวลานอนหลับทั้งหมด การนอนหลับแบบแฝง ประสิทธิภาพการนอนหลับ และการตื่นในช่วงเวลานอนหลับของแต่ละบุคคล (Nelson, Davis, & Corbett, 2022)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถแบ่งออกได้ 2 วิธีคือ

1) แบบปรนัย ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่

1.1) Polysomnography ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้นตอน บันทึกผลเป็นวงจรต่อเนื่อง ผลที่ได้มีความถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุดจากการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาทางคลื่นไฟฟ้าขณะนอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ สัญญาณชีพ (Vital Signs) และอื่นๆ

1.2) การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นการประเมินจากการเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ ซึ่งโดยปกติขณะหลับจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงในการนอนหลับระยะ REM และจะต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบการประเมิน

1.3) Night Cap เป็นเครื่องมือที่มีขนาดเล็กใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะหลับ

1.4) Wrist Actigraphy เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดที่ข้อมือผู้รับการประเมิน เพื่อประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างที่นอนหลับ โดยวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง

1.5) Bedside Monitor Systems ใช้วัดคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องเฝ้าระวังที่ข้างเตียงจะแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากค่าความดันโลหิต

อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ

2) แบบอัตนัย คือการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการับรู้ของบุคคล เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่รบกวนต่อผู้ถูกประเมิน และทำได้ง่าย มีหลายวิธีได้แก่

2.1) การวัดด้วยการประเมินค่า แสดงให้เห็นถึงปริมาณการนอนหลับจากการรับรู้ทางอารมณ์ ความรู้สึกจากการนอนหลับ เป็นวิธีที่ง่าย

2.2) การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา ผู้สร้างมาตรวัดนี้คือ Snyder Halpern and Vern วัดโดยใช้การเปรียบเทียบทางสายตา ที่มีความละเอียดถึง 1ใน 100 ส่วน โดยให้ผู้ป่วยประเมินการนอนหลับของตนลงบนเส้นนตรง มี 3 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและใช้เวลาน้อย

2.3) Sleep Diaries คือการบันทึกกิจกรรมการนอนหลับและการตื่น แบบวันต่อวัน จะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในแต่ละช่วงความถี่ เป็นต้น

2.4) การสัมภาษณ์ คือการทบทวนรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วยในอดีต และปัจจุบัน ประวัติการงีบหลับ ความสัมพันธ์ของการนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน พฤติกรรมต่างๆที่เกิดในขณะหลับ

2.5) การใช้แบบสอบถาม โดยกรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตน เช่น ระยะเวลาการนอนหลับ รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตื่น อุปนิสัยในการนอนหลับ

2.6) การสังเกตของบุคคล นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับ

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก ซึ่งเป็นการวัดแบบอัตนัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมและยอมรับในระดับสากลในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเครื่องมือนี้สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับในหลากหลายมิติ เช่น ระยะเวลาในการหลับ การถูกรบกวน การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในเวลากลางวัน (Buysse et al., 1989) มีการนำไปใช้ในงานวิจัยกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดหัวใจ ลำไส้ หรือกระดูกสะโพก (Liu et al., 2024; Ma, Jiang, Wang, & Liang, 2023; Wang et al., 2024) ทั้งนี้ PSQI ฉบับภาษาไทยที่แปลและดัดแปลงโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2542) เมื่อนำไปใช้กับครูส่วนใหญ่พบว่ามีคุณภาพดีมีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.83 และฉบับดั้งเดิมภาษาอังกฤษมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องภายในที่ดีและเหมาะสมสำหรับใช้ในประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในการวิจัยครั้งนี้ (ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์, 2542; Buysse et al., 1989)

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

คุณภาพการนอนหลับสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้ผ่านกลไกของการนอนหลับที่ถูกรบกวน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น Acetylcholine, Dopamine และ Serotonin ซึ่งล้วนเป็นระบบที่ควบคุมความตื่นตัว การรับรู้ และความจำระยะสั้น นอกจากนี้การขาดช่วงการนอนหลับลึก (Slow-Wave Sleep) และ REM Sleep ส่งผลให้สมองไม่สามารถฟื้นฟูการทำงานของเครือข่ายประสาทได้เต็มที่ โดยเฉพาะบริเวณ Prefrontal Cortex และ Hippocampus ที่เกี่ยวข้องกับสมาธิ การวางแผน และความจำระยะสั้น อีกทั้งการนอนหลับที่ไม่เพียงพอยังกระตุ้น Neuroinflammation ผ่านการเพิ่มระดับ Cytokines เช่น IL-6 และ TNF-A ทำให้เกิดความบกพร่องของการประมวลผลข้อมูลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางของระบบประสาทอยู่แล้ว (Inouye et al., 2014; Pisani et al., 2022; Watson et al., 2018). การทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นถึง 5.64 เท่า (ลดาวัลย์ พรหมชาติ, 2015) และการศึกษาของ Todd, Smith, and Martin (2017) วิจัยในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเลือกในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อวัดคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัดและติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในช่วง 5 วันแรกหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (คะแนน PSQI > 5) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับดี Guo et al. (2024) ศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีนอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบ elective ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยทำการประเมินปัญหาการนอนหลับก่อนผ่าตัดร่วมกับการติดตามการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในช่วง 7 วันแรก โดยใช้เครื่องมือ Confusion Assessment Method ผลการวิจัยพบว่า การรบกวนการนอนหลับก่อนการผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดพบว่าผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับก่อนผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกือบ 3 เท่า

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ความห่วงใย ความเข้าใจ และการตอบสนองทางอารมณ์จากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมรอบตัว เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีผลต่อความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีคุณค่า มีคนรับฟัง และไม่ถูกทอดทิ้ง (Cobb, 1976; House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง ความช่วยเหลือและการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถเผชิญกับความเครียด ปัญหาสุขภาพ หรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขมากขึ้น (Drageset, 2021; House, 1981; Zanjari, 2022)

สรุปการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง ความช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับความเครียด ปัญหาสุขภาพ และความเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุน ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การสนับสนุนด้านความผูกพัน ให้ความรัก การยกย่อง เห็นใจ จริงใจ การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความมั่นใจว่าเป็นบุคคลสำคัญ การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและได้รับการใส่ใจจากผู้อื่น

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา ที่จะช่วยให้สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการกระทำของบุคคล เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ

3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ คือ การช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรือบริการอย่างเช่น การช่วยเหลือดูแลผู้อื่น เป็นต้น

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

Hogan (2002) กล่าวว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย เช่นครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ครูอาจารย์ ผู้ให้คำปรึกษา จิตแพทย์ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน คู่ครอง สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความสัมพันธ์ออกเป็น 2 แหล่งคือ

1) กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มขนาดเล็กซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มมีความผูกพันใกล้ชิดกัน การติดต่อปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ เน้นความแนบแน่นทางสัมพันธภาพมากกว่าประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น

2) กลุ่มทุติยภูมิ สมาชิกมีความผูกพันกันไม่มากนัก มีการติดต่อกันอย่างเป็นทางการมากกว่ากลุ่มปฐมภูมิ มักเกิดจากการที่บุคคลมาอยู่รวมกันเพื่อเหตุการณ์เฉพาะ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมห้องเรียน สมาคมต่างๆ เป็นต้น

Pender (1987) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกันและกัน 2) กลุ่มเพื่อนมักมีการให้คำปรึกษาและแนะนำเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน 3) กลุ่มองค์กรทางศาสนา เป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือในศาสนานั้นๆ มีความเชื่อที่มุ่งไปสู่จุดหมายเดียวกัน 4) กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลทางด้านสุขภาพที่มีทักษะและการให้บริการที่เจาะจงแก่ผู้รับบริการ 5) กลุ่มสนับสนุนจากวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มบริการอาสาสมัคร หรืออาจเป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางช่วยในเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น

สรุปแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรแก่บุคคลที่อยู่ในภาวะเผชิญปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อความเจ็บป่วยและความเครียดในระยะหลังการผ่าตัด การได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความวิตกกังวล ลดระดับความเครียดทางจิตใจ ส่งเสริมความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531; Hogan, 2002; Pender, 1987)

เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้บ่อยเพื่อการประเมินการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมในหลายมิติ เช่น ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรหรือวัตถุสิ่งของ ได้แก่

1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ประกอบด้วยข้อ คำถาม จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เครื่องมือได้รับการทดสอบคุณภาพ กับกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 45-64 ปี พบความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency; Reliability) ในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และ ด้านวัตถุสิ่งของ เท่ากับ .81, .95 40 และ .31 ตามลำดับ ในประเทศไทย รุจิรางค์ แอกทอง (2549) ได้นำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยชุมชนจังหวัดนครปฐมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .88

2) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire: PRQ) พัฒนาโดย Brandt and Weinert (1981) จากแนวคิดของ Weiss (1974) ประกอบด้วยการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (2) การรับรู้ ถึงคุณค่าของตนเอง (3) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (4) โอกาสได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นและ (5) การได้รับคำแนะนำ แบบสอบถามนี้ได้ปรับปรุงหลายครั้ง มีข้อคำถาม 15 ข้อ มีการแปลและนำมาใช้ในประเทศไทย (Brandt & Weinert, 1981; Weiss, 1974)

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: FSSQ) พัฒนาโดย Broadhead, Gehlbach, DeGruy, and Kaplan (1988) โดยการประเมิน 4 ด้าน คือ (1) ปริมาณของการสนับสนุนที่ได้รับ (2) การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด (3) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และ (4) การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือได้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยในคลินิก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) อยู่ระหว่าง .50 - .85 (Broadhead et al., 1988)

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ 6

ข้อ (2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 4 ข้อ (3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายความผูกพันระหว่างบุคคล 5ข้อ (4) ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ และ (5) ด้านสิ่งของ 5 ข้อรวมทั้งสิ้น 25 ข้อ ลักษณะคำ ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ วิไลพร วงค์คีนี และคณะ (2556) นำไปใช้กับผู้ใหญ่ตอนปลายในชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer ฉบับภาษาไทย สร้างโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) เนื่องจากเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมไทย เชื่อถือได้ทั้งด้านความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับแนวคิดของ Schaefer ในการวัดการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านปฏิบัติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสับสนเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุผ่านกลไกทางจิตสังคมและชีววิทยา ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจากครอบครัวหรือผู้ดูแลมักมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบ Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA Axis) มีความคงตัวมากขึ้น ลดระดับคอร์ติซอลและฮอร์โมนความเครียดที่ทำให้สมองไวต่อการอักเสบ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยคงความตื่นตัวด้านการรับรู้ (Cognitive Engagement) ลดการแยกตัวทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิด Cognitive Decline และ Delirium ในผู้สูงอายุ เมื่อผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากผู้ดูแล จะช่วยลดความสับสน ความกลัว และช่วยให้คงวงจรการนอนหลับที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อการทำงานของสมองโดยรวม ส่งผลให้ความเสี่ยงภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง กลไกทั้งหมดนี้สอดคล้องกับแบบจำลอง Vulnerability–Stress Model ที่ระบุว่าปัจจัยปกป้อง เช่น การสนับสนุนทางสังคม สามารถลดผลกระทบจากปัจจัยกระตุ้น เช่น การผ่าตัดหรือความเจ็บปวดได้ (Gardner et al., 2018; Goldberg et al., 2020; Inouye et al., 2014)

จากการศึกษาของ Do et al. (2012) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอ ขณะที่งานวิจัยของ Tang et al. (2022) ศึกษาผู้สูงอายุชาวฮั่นหลังผ่าตัดพบว่าการมีเครือข่ายทางสังคมที่ไม่

เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามาดูแลช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งสามารถลดหรือป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ Jennifer, Connell, Duggan, and Wilson (2023) ศึกษาผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 30–40 ของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสามารถป้องกันได้ หากมีความร่วมมือจากครอบครัวและทีมดูแลสุขภาพแบบสหวิทยาการ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยช่วยกระตุ้นความทรงจำจากคนคุ้นเคย ลดการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และยังช่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ ความคิด และการรับรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล (เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์, 2564)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นอาการไม่พึงประสงค์ เป็นความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดช่อท้องซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบรุนแรงต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และระบบบริการสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ความปวดที่ไม่ได้รับการควบคุม คุณภาพการนอนหลับที่บกพร่อง และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ (Buysse et al., 1989; Kim et al., 2014) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาด้านจิตใจ และสถานการณ์ที่มีผลต่อความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบจากภาวะสับสนเฉียบพลัน การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดต่าง ๆ ชี้ให้เห็นว่าการจัดการอย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ส่งเสริมการฟื้นตัว และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แต่การทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีการศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่อท้องไม่มากนักในขณะที่การการผ่าตัดช่อท้องในผู้สูงอายุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกิดจาก ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องคุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2) เป็นผู้ที่รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีการผ่าตัดที่นัดหมายไว้ล่วงหน้า

3) ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

5) ไม่มีประวัติสับสนเฉียบพลันมาก่อนเข้ารับการผ่าตัด ไม่มีประวัติติดสุราเรื้อรัง ไม่มีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม หรือ มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

6) ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ด้วยเครื่องมือ Thai Mental State Examination และได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน

7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1) ผู้ที่ได้รับยานอนหลับก่อนการผ่าตัด

2) ย้ายไปหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ (A) เท่ากับ 0.05 และใช้ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) จากค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.236 ซึ่งได้จากงานวิจัยของ Liu (2023) เรื่อง Correlation and Influencing Factors of Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Delirium In Elderly Patients Undergoing Gastrointestinal Cancer Surgery ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 115 ราย

สถานที่ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเก็บข้อมูลที่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติภูมิ มีเตียงรับผู้ป่วย จำนวน 313 เตียงให้บริการครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการเฉพาะทาง โดยเน้นการให้บริการด้านการวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการผ่าตัดช่องท้อง จะได้รับการดูแลก่อนการผ่าตัด เช่น การประเมินสุขภาพร่างกาย การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการเตรียมความพร้อมทางจิตใจ และหลังการผ่าตัด โดยติดตามอาการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จัดการความปวด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะอนุญาตให้ญาติหรือสมาชิกครอบครัวเข้าเฝ้าดูแลใกล้ชิดได้ตลอดเวลา เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความวิตกกังวล และลดความเสี่ยงต่าง ๆ การดูแลจะครบวงจรเริ่มจากการรับไว้ การวินิจฉัย รักษา การผ่าตัด การฟื้นตัวและการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยเป็นแบบทดสอบประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ ความตั้งใจ การคำนวณ ความเข้าใจภาษา และความจำเฉพาะหน้า เครื่องมือนี้พัฒนาโดยคณะจิตแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยดัดแปลงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination ของ Folstein,

Folstein, and McHugh (1975) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย (กรมสุขภาพจิต, 2542) นำไปทดสอบความเที่ยงตรงในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ใช้สารเสพติดหรือยากล่อมประสาท จำนวน 180 ราย แบบทดสอบประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ ความตั้งใจ การคำนวณ ความเข้าใจภาษา และความจำเฉพาะหน้า โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) อยู่ในระดับดีที่ 0.74–0.79 (กรมสุขภาพจิต, 2542)

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนเท่ากับและมากกว่า 23 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองปกติ

คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ซึ่งพัฒนาโดย Buysse et al. (1989) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมงพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงอัตนัย จำนวน 4 ข้อ เช่น เวลาที่เข้านอน และคุณภาพการนอนหลับในภาพรวม ส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงปรนัย จำนวน 15 ข้อ เช่น การประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยลักษณะคำตอบจะใช้ระดับคะแนนประมาณ 4 ระดับ เพื่อสะท้อนความถี่หรือความรุนแรงของอาการที่เกี่ยวข้อง ค่า Cronbach's Alpha ของ PSQI ภาษาไทยมีค่าประมาณ 0.84 แสดงถึงความเชื่อมั่นภายในที่ดี ซึ่งเหมาะสมสำหรับการประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 21 คะแนน

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 ถึง 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

คะแนน 6 ถึง 21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) NRS ไม่มีผู้สร้างที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อยอดจาก VAS โดยบุคลากรทางการแพทย์หลายกลุ่มเพื่อความสะดวกในการประเมินความปวด โดยในประเทศไทยได้แปลและปรับใช้โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยคำถามเพียงข้อเดียว ใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 (ไม่มีความปวด) ถึง 10 (ความปวดรุนแรงที่สุด) ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในตำแหน่งที่บ่งชี้ระดับความปวดที่ตนเองรู้สึก คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0–10 คะแนน โดยมาตรวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) สูง โดยรายงานค่า intraclass ค่าสัมประสิทธิ์ (ICC) อยู่ระหว่าง 0.80–0.95 ซึ่งแสดงถึงความน่าเชื่อถือและความเสถียรของเครื่องมือที่ดี (Jensen et al., 1986; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย, 2554)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความปวด 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย

ระดับความปวด 1-3 หมายถึง รู้สึกปวดเล็กน้อย

ระดับความปวด 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง

ระดับความปวด 8-10 หมายถึง ปวดมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วัดโดยแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นโดย Schaefer (1981) แปลเป็นภาษาไทย สร้างโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2559) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุประกอบ คำตอบเป็นแบบมาตรวัด Rating Scale 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) จากการนำไปใช้ที่ผ่านมา มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ในด้านอารมณ์เท่ากับ .91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .88 และด้านทรัพยากรหรือวัตถุเท่ากับ .87

การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 16-37 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนนรวม 38-59 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนรวม 60-80 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันวัดโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Nursing Delirium Screening Scale NuDESC) สร้างโดย Gaudreau, Gagnon, Harel, Tremblay, and Roy (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวิทย์ สมนึก (Somnuke et al., 2022)

ประกอบด้วยรายการประเมิน 5 ด้าน สับสนระหว่างบุคคล สถานที่ เวลา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ/ประสาทหลอนความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลง คำตอบเป็นแบบมาตรวัด Rating Scale 3 ระดับ ระดับความรุนแรงของอาการ 0 ไม่มีอาการ / 1 มีอาการเล็กน้อย / 2 มีอาการชัดเจน คะแนนรวม 10 คะแนน

การแปลผล

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 2 หมายถึง Positive คือมีภาวะ Delirium

คะแนนน้อยกว่า 2 หมายถึง Negative คือไม่มีภาวะ Delirium

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอย่างเป็นระบบและเป็นแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน จึงมิได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 สำหรับแบบประเมินระดับความปวด ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบ ค่าความเที่ยง เนื่องจากเป็นเครื่องมือวัดแบบเมตริกที่ใช้รายการคำถามเพียงข้อเดียว และเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในทางคลินิกและการวิจัย (Williamson & Hoggart, 2005)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย ดำเนินการดังนี้ นำโครงร่างเสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรม การวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ No.RSUERB2024-104 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 03/2024 ตามลำดับ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของกระบวนการ วิจัย และการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนปราศจากข้อสงสัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1) ขออนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรังสิต

2) ผู้วิจัยได้นำหนังสือรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

3) ขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง และเมื่อได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนด

4) เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

5.1) ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดช่องท้องที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

5.2) ผู้วิจัยประสานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อให้แนะนำโครงการวิจัยและผู้วิจัยต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

5.3) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมในวันแรกที่มีการรับไว้โรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถ้าหากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพทางสมองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยผ่านเกณฑ์ 23 คะแนนจะได้รับการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.4) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์รวมประมาณ 20-40 นาที

5.5) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยประเมินความปวดภายหลังผ่าตัดจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นดำเนินการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยใช้วิธีสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาทีต่อรายและตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาล

6) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive-Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลคะแนนตัวแปรด้านความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลก่อน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลของตัวแปรหลักมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความปวด คุณภาพการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation (Grove & Gray, 2019)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าค่าสหสัมพันธ์ Spearman's Rank Correlation Coefficient (r_s) Cohen (as cited in Schober, Boer, & Schwarte, 2018) โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง .00–.10 แปลว่าไม่มีหรือมีความสัมพันธ์น้อยมาก, ค่าระหว่าง .11–.30 แสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับต่ำ, ค่าระหว่าง .31–.50 เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, ค่าระหว่าง .51–.70 เป็นความสัมพันธ์ในระดับสูง และค่าตั้งแต่ .71–1.00 แสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 และเพศหญิง ร้อยละ 47.8 มีอายุเฉลี่ย 67.2 ปี (SD = 6.65) อายุมากที่สุด คือ 60-69 ปี ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.9 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.7 ได้รับการผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection ร้อยละ 39.1 และ Hemicolectomy ร้อยละ 27.0 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 20.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.9 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.9 ร้อยละ 93.9 มีความพอเพียงรายได้ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.5 และมีโรคร่วมอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 19.1 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=115)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	52.2
หญิง	55	47.8
อายุ		
อายุ 60-69 ปี	40	34.8
อายุ 70-79 ปี	50	43.5
อายุ ≥ 80 ปี	25	21.7
(Min = 60, Max = 84) mean 67.20 (SD = 6.65)		
วินิจฉัยโรค		
ใหญ่	55	47.7
มะเร็งลำไส้ตรง	41	35.7
ลำไส้อุดตัน	18	15.7
ฝีในช่องท้อง	1	0.9
การผ่าตัด		
Hemicolectomy	31	27
Hart s man operation	2	1.7
Loop colectomy	14	12.2
Low anterier resection	45	39.2
Sigmoidectomy	5	4.3
Abdominal peritoneal resection	3	2.6
Small bowel resection	10	8.7
AP resection	2	1.7
Abdominal resection	3	2.6
ภาวะโภชนาการ		
ต่ำกว่าปกติ (BMI น้อยกว่า 18)	21	18.2

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=115) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (BMI 18.5 ถึง 22.90)	49	42.6
น้ำหนักเกิน (BMI 23 ถึง 24.90)	24	20.9
อ้วนระดับที่หนึ่ง (BMI 25 ถึง 29.90)	11	9.6
อ้วนระดับที่ 2 (BMI 30 ขึ้นไป)	10	8.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.3
ประถมศึกษา	76	66.1
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส	25	21.8
ปริญญาตรี	9	7.8
รายได้เฉลี่ย		
ต่ำกว่า 5000 บาท	62	53.9
5001 -10000 บาท	30	26.1
10001-30000 บาท	11	9.6
30001-50000 บาท	12	10.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	45	39.1
ไม่เพียงพอ	70	60.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	17.4
ความดันโลหิตสูง	50	43.5
ไขมันในเลือดสูง	5	4.3
เบาหวาน	1	0.9
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	12	10.4
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2	1.7
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	22	19.1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=115) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็ง	2	1.7
โรคจิตเวช	1	0.9

ส่วนที่ 2 ภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 มีระดับความปวดเฉลี่ยหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงเท่ากับ 5.98 (SD = 1.80) มีความปวดระดับรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 45.22 รองลงมาคือ ความปวดระดับปานกลาง ร้อยละ 42.60 และความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 12.17 คุณภาพการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (SD = 3.36) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 (SD = 6.14) พบว่า ร้อยละ 94.78 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รายละเอียดดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง (N=115)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Possible range	Min-Max	Mean	SD
ภาวะสับสนเฉียบพลัน			0-10	-	1.30	1.338
ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	72	62.60				
มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	43	37.40				
ความปวด			0-10	2-10	5.98	1.80
ปวดเล็กน้อย	14	12.17				
ปวดระดับปานกลาง	49	42.60				
ปวดระดับรุนแรง	52	45.22				
คุณภาพการนอนหลับ			0-21	0-18	5.97	3.36
คุณภาพการนอนหลับดี	51	44.34				
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	64	55.65				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง (N=115) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Possible range	Min-Max	Mean	SD
การสนับสนุนทางสังคม			0-80	6-80	65.83	6.14
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	0	0				
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	6	5.21				
การสนับสนุนทางสังคมสูง	109	94.78				

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

ก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามผู้วิจัยได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ทดสอบด้วยสถิติ Spearman's Rank Correlation ผลการวิเคราะห์พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (r_S = .206, p = .027) คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (r_S = .322, p < .01) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน (r_S = –.365, p < .01) รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้ Spearman Rank Correlation

ตัวแปร	(r_S)	p-value	การแปลผล
ความปวด	.206	.027	ต่ำ
คุณภาพการนอนหลับ	.322	< .001	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.365	< .001	ปานกลาง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 115 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบอร์ก (The Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI) แบบประเมินความปวด (Numeric Rating Scale [NRS]) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) และแบบคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Nursing Delirium Screening Scale Nudesc) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยสถิติความสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 และเพศหญิง ร้อยละ 47.8 มีอายุเฉลี่ย 67.2 ปี (SD = 6.65) อายุมากที่สุด คือ 60-69 ปี ร้อยละ 56.5 รองลงมา คือช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.9 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.7 ได้รับการผ่าตัดแบบ Low Anterior Resection ร้อยละ 39.1 และ Hemicolectomy ร้อยละ 27.0 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 20.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.9 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.9

มีความพอเพียงรายได้ ร้อยละ 93.9 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.5 และมีโรคร่วมอื่นๆ คิดเป็น ร้อยละ 19.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 มีระดับความปวดเฉลี่ยหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง เท่ากับ 5.98 (SD = 1.80) มีความปวดระดับรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 45.22 คุณภาพการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (SD = 3.36) ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 (SD = 6.14) พบว่า ร้อยละ 94.78 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความปวด (r_S = .206, p = .027) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับ (r_S = .322, p < .01 และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคม (r_S = –.365, p < .01)

การอภิปรายผล

ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีผู้ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 37.4) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shi et al. (2019), Kim et al. (2020), Wang et al. (2022) และ Rengel, Hayhurst, Pandharipande, and Hughes (2019) ที่รายงานว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องพบได้ในอัตราระหว่าง ร้อยละ 22–38 ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของการทำงานของระบบประสาทและการตอบสนองต่อความเครียด และส่งผลต่อความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำ และการประมวลผลข้อมูล นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากภาวะที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบได้ถึงร้อยละ 43.5 ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้หลอดเลือดสมองมีความตึงตัวมากขึ้น และเกิดการลดลงของการไหลเวียนเลือดในบางบริเวณของสมอง ส่งผลให้สมองได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของการรับรู้และอาการสับสน (Inouye et al., 2014) ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูง เช่น Low Anterior Resection ร้อยละ 39.1 และHemicolectomy ร้อยละ 27.0 ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่กระทบ

ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบภูมิคุ้มกัน และก่อให้เกิดกระบวนการอักเสบภายหลังผ่าตัด ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Rengel et al., 2020) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 47.8 และมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.7 ซึ่งภาวะของโรคและความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องสามารถส่งผลต่อความสมดุลของระบบประสาทได้เช่นกัน (Chen, Wang, J., Wang, Y., & Chu, 2022) จึงเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งภาวะสับสนเฉียบพลัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันทางบวกระดับต่ำ ($r_s = 0.206$, $p = 0.024$) หมายถึง ระดับความปวดเพิ่มขึ้นภาวะสับสนเฉียบพลันก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ความปวดหลังผ่าตัดเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันผ่านกลไกการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและการหลั่งสารคอร์ติซอล และแคทีโคลามีน ซึ่งส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้คิดและการรับรู้ การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดรุนแรง ร้อยละ 45.2 คะแนนความปวดปานกลาง ร้อยละ 41.7 และ มีค่าเฉลี่ยความปวดระดับปานกลาง ($M = 5.98$, $SD = 1.80$) ความปวดที่ไม่รุนแรงมากอาจเนื่องจากได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาเมื่อมีอาการปวดมากซึ่งช่วยลดการกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Wang et al. (2022) ที่รายงานว่าความปวดหลังผ่าตัดหัวใจสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.44$, $p < 0.001$) และ Kim et al. (2014) ที่พบความสัมพันธ์ของความปวดกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ($r = 0.38$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ การวิจัยของ Du et al. (2025) แสดงให้เห็นว่า ความปวดยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการใช้วิธีวัดความเจ็บปวดและปรับยาระงับปวดตามนั้นสามารถลดอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ ($r_s = 0.322$, $p < .01$) หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เช่น การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลานอนสั้น และมีความง่วงในเวลากลางวัน ซึ่งส่งผลเกี่ยวข้องกับการรู้คิด สมาธิ และความจำ การนอนหลับไม่เพียงพอจะรบกวนสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง และกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลและแคทีโคลามีน ซึ่งเป็นกลไกที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Inouye et al., 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมี

คุณภาพไม่ดีหลังผ่าตัดจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย เช่น เสียงรบกวน แสงไฟ หรือการปลุกผู้ป่วยเพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพและให้ยาในตอนกลางคืน อาจทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่ต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่กระทบต่อคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังการผ่าตัด (Zhang et al., 2023) ผลการศึกษาของ Wang et al. (2022) พบว่าคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดหัวใจในผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำมีความเสี่ยงเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Kamdar et al. (2020) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการนอนหลับบกพร่องก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดใหญ่สูงขึ้น นอกจากนี้ งานเมตา-วิเคราะห์และงานวิจัยล่าสุดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ (Non-Cardiac Surgery) โดย Zheng et al. (2023) พบว่าผู้ที่มีคะแนน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) สูงกว่า ซึ่งสะท้อนคุณภาพการนอนหลับแย่ มีอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.422; 95% CI 1.079–1.873

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสับสนเฉียบพลันในระดับปานกลาง ($r_S = –0.365$, $p < 0.001$) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง เนื่องจากการรักษาและผ่าตัดในโรงพยาบาลอาจก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวจากการแยกจากครอบครัว ถึงแม้ว่าจะได้รับการการเยี่ยมเยียนหรืออยู่เป็นเพื่อน จากครอบครัวเป็นระยะๆ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($M = 8.43$, $SD = 0.77$) ซึ่งอาจมาจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตรหลาน หรือคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับช่วยลดการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกและส่งเสริมระบบพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานศึกษาหลายฉบับที่เน้นผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด Wang et al. (2020) ศึกษาผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและพบว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวอย่างใกล้ชิดสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากการผ่าตัดได้ดีกว่า Li et al. (2025) รายงานว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล สามารถลดความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยอธิบายว่าสภาพแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกปลอดภัยและการมีคนคอยสื่อสารอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันความสับสนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้อง

2) ด้านการวิจัย

(1) ควรศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันเกี่ยวกับความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยอื่นๆในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

(2) ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ กองพิธี, ดาราวรรณ อักษรวรรณ, วาสิฎฐี เศษวงศ์, ณัฐวดี บุญเรือง, และพลากร สุรกุลประภา. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 35*(2), 193–198.

กมลกานต์ ปรีชาธีรศาสตร์. (2564). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงก่อนผ่าตัดต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 73*(4), 231–242.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2542). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

เกรียงศักดิ์ นิลทะการ, และปาณจิตร สุกุมาลย์. (2563). หลักภาวนา4 กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 5*(2), 843-852.

คะนึงนิตย์ อ่อนปาน, และนราภรณ์ ขุนกำแหง. (2563). ผลของผ้ารัดหน้าท้องต่อความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด. *วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 37*(3), 196-203.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 6*(2), 96-106.

จินตนา สินธุสุวรรณ์, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). ปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ), 26*(2), 1-16. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4774

จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11*(1), 1-11.

ณภัทร ธิคม, อรอุมา ชัยวัฒน์, และกวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. (2562). ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม. *เวชบันทึกศิริราช, 12*(3), 196–201. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/228451

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42*(3), 123-132.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ทิพวัลย์ รัตนพันธ์, ทิพมาส ชิณวงศ์, และขนิษฐา นาคะ. (2564). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41*(4), 60-73.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ปิยศักดิ์ วิทยบูรณานนท์, และปรัชญ์วิไล นุชประมูล. (2020). การศึกษาหาระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมแบบไม่ฉุกเฉินโดยใช้แบบคำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 64*(2), 125-132.

ปุราภรณ์ โชคเฉลิมวงศ์, เกศศิริ วงษ์คงคำ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และคามิน ชินศักดิ์ชัย. (2564). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัด. *วารสารสภาการพยาบาล, 36*(1), 129-149. สืบค้นจาก https://ns-mahidol.aos.in.th/index.php/researcher/profile/rs_popup/635

พรรณี ไชยวงค์, กนกพร สุคำวัง, โรจนี จินตนาวัฒน์, และณหทัย วงศ์ปการันย์. (2558). ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัด. *พยาบาลสาร, 42*(2), 116–125. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/39433

เยาวรัตน์ ดุสิตกุล. (2022). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข, 1*(3), 31–39.สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj/article/view/194

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *Clinical Guidance for Management of Acute Postoperative Pain*. กรุงเทพฯ: สำนักหอสมุดแห่งชาติ.

รุจิรางค์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ลดาวัลย์ พรหมชาติ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, และก้องเขต เหรียญสุวรรณ. (2558). อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ โรคร่วม ระดับของฮีโมโกลบิน ต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวระยะแรกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วน. *วารสารสภาการพยาบาล, 30*(2), 75-85.

วราภรณ์ ไวคกุล. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการปวด*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

วิไลพร วงค์คีนี, อารีย์ สุขน้อย, กรุณา คำแปง, และสุปราณี มาลัย. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสาร, 40*(4), 91-99.

สุกัญญา เลาหธนาคม, และวิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล. (2023). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลลำปาง. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3*(2), 16–33. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/258177

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

อรัญญา ศรีหาวงษ์. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(2), 118-126.สืบค้นจาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1557

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *เวชบันทึกศิริราช, 9*(3), 189-193. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/198451

อิสราพงษ์ เป็นพุ่มพวง. (2562). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการฟื้นสภาพและภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง* (Master's thesis). สืบค้นจาก https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:174380

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

อุ้มพร มาลาศรี, และสมถวิล ธุระพระ. (2564). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี, 29*(3), 470-483. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/255685

อุศณี เอมอิ่มอนันต์, พรพิมล คำประเสริฐ, นฤมล วทัญญูคุณากร, สุวิมล ชิยางคะบุตร, และพรวิภา ขจรนาม. (2564). การพัฒนาระบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36*(1), 227–237.สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/249209

เอมปภา ปรีชาธีรศาสตร์. (2564). ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ: การพยาบาลเพื่อป้องกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและเวชศาสตร์ผู้สูงวัย, 20*(1), 11-22.

American Geriatrics Society. (2015). American geriatrics society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 63*(1), 142–150.

American Lung Association. (2019). *State of the Air*. Washington, DC: Author.

Anand, A., & MacLullich, A. M. J. (2021). Delirium in older adults. *Medicine in Older Adults, 49*(1), 26-31.

Anesthesia Key. (2020). *Postoperative cognitive dysfunction and delirium*. Retrieved from https://aneskey.com/postoperative-cognitive-dysfunction-and-delirium/

Ansari, A. Z., Bhatia, N. Y., Gharat, S. A., Godad, A. P., & Doshi, G. M. (2023). Exploring Cytokines as Potential Target in Peptic Ulcer Disease: A Systematic Update. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets, 23*(1), 21–34.

Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia, 97*(2), 534–540.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Armas, M. A., Castellano, C. R., Martel, A. C., & Gómez, J. M. (2019). The comprehensive complication index is related to frailty in elderly surgical patients. *Journal of Surgical Research, 244*, 218-224.

ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation. (2020). *ASEAN News*. Retrieved from https://asean.mfa.go.th/

Austin, C. A., Gorman, T. O., Stern, E., Emmett, D., Stürmer, T., Carson, S., & Whitehead, J. B. (2019). Association Between Postoperative Delirium and Long-term Cognitive Function After Major Nonemergent Surgery. *JAMA Surgery, 154*(4), 328–334. doi:10.1001/jamasurg.2018.5093

Baker, N. D., Taggart, H. M., Nivens, A., & Tillman, P. (2015). Delirium: Why are nurses confused. *Medsurg Nursing: Official Journal of The Academy of Medical-Surgical Nurses, 24*(1), 15-22.

Bombardier, A., Beauchemin, M., Gosselin, N., Poirier, J., & De Beaumont, L. (2016). Altered episodic memory in introverted young adults carrying the bdnfmet allele. *International Journal of Molecular Sciences, 17*(11). doi:10.3390/ijms17111886

Booysen, V., Burger, J. R., du Plessis, J. M., & Cockeran, M. (2020). Assessment of post-operative pain medication adherence after day case orthopaedic surgery: A prospective, cross-sectional study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing, 36*(1), 100718. doi:10.1016/j.ijotn.2019.100718

Brandt, P., & Weinert, C. (1981). PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*(4), 277-280.

Brinson, Z., Tang, V. L., & Finlayson, E. (2016). Postoperative Functional Outcomes in Older Adults. *Current surgery reports, 4*(6), 1-21. doi:10.1007/s40137-016-0140-7

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patient. *Medical Care, 26*(7), 709-723.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Brown, C. H., Laflam, A., Max, L., Wyrobek, J., Neufeld, K. J., & Hogue, C. W. (2020). Delirium risk stratification in older patients undergoing major abdominal surgery: External validation of the AWOL-S tool. *Anesthesia & Analgesia, 130*(6), 1572–1580. doi:10.1213/ANE.0000000000004493

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193–213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., . . . Ferreira, M. B. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia, 56*(8), 720-728.

César, R., Gabriella, B., Federico, B., Robert, D. S., Paola, A., Riccardo, A., . . . Claudia, D. S. (2024). Update of the European Society of Anaesthesiology and intensive care medicine evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium in adult patients. *European Journal of Anaesthesiology, 41*(2), 123–135. Retrieved from https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/fulltext/2024/02000/update_of_the_european_society_of_anaesthesiology.2.aspx

Chen, T., Wang, J., Wang, Y. Q., & Chu, Y. X. (2022). Current understanding of the neural circuitry in the comorbidity of chronic pain and anxiety. *Neural Plasticity, 2022,* 4217593. https://doi.org/10.1155/2022/4217593

Chongopklang, K., & Polsook, R. (2024). Factors predicting depression among persons post-coronary artery bypass graft surgery: A cross-sectional study in Thailand. *Belitung nursing journal, 10*(4), 464–471.

Chouchou, F., Khoury, S., Chauny, J. M., Denis, R., & Lavigne, G. J. (2014). Postoperative sleep disruptions: a potential catalyst of acute pain?. *Sleep medicine reviews, 18*(3), 273-282.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Chou, R., Gordon, D. B., De Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., . . . Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the american pain society, the american society of regional anesthesia and pain medicine, and the american society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *The Journal of Pain, 17*(2), 131–157. doi:10.1016/j.jpain.2015.12.008

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

DeCherney, A. H., Bachmann, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology, 99*(1), 51–57.

Do, T. D., Lemogne, C., Journois, D., Safran, D., & Consoli, S. M. (2012). Low social support is associated with an increased risk of postoperative delirium. *Journal of clinical anesthesia, 24*(2), 126–132.

Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care – Vital theories and research* (pp. 137–144). Switzerland: Springer.

Duan, W., Zhou, C. M., Yang, J. J., Zhang, Y., Li, Z. P., Ma, D. Q., & Yang, J. J. (2023). A long duration of intraoperative hypotension is associated with postoperative delirium occurrence following thoracic and orthopedic surgery in elderly. *Journal of Clinical Anesthesia, 88*, 1-6. doi:10.1016/j.jclinane.2023.111125

Dumic, I., Nordin, T., Jecmenica, M., Lalosevic, M. S., Milosavljevic, T., Milovanovic, T. (2019). Gastrointestinal tract disorders in older age. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2019,* 6757524. doi:10.1155/2019/6757524

Dunn, D. L., Kao, L. S., Hunter, J. G., Matthews, J. B., & Pollock, R. E. (2019). *Principles of Surgery*. New York: McGraw-Hill.

Etele, B., Kovács, M., & Szabó, Z. (2019). Pulmonary complications after abdominal surgery in elderly patients: A clinical review. *Geriatric Surgery, 9*(2), 112–118.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Etzioni, D. A., Liu, J. H., Maggard, M. A., & Ko, C. Y. (2003). The aging population and its impact on the surgery workforce. *Annals of Surgery, 238*(2), 170–177. doi:1097/01.SLA.0000081085.98792.3d

Fadayomi, O., Ogunyemi, D., & Olowookere, S. (2018). Sleep disturbances and delirium in hospitalized older adults: A review of the literature. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 31*(6), 311–318.

Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal Of Cellular And Molecular Medicine, 23*(4), 2324–2332. doi:10.1111/jcmm.14170

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain, 152*(10), 2399–2404.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.

Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M. A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *Journal of pain and symptom management, 29*(4), 368–375.

Graham, D. L., Smith, M., & Barnes, L. (2023). Nociceptive signaling and postoperative neuroinflammation: Mechanisms of delirium. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 145*, 105–115. doi:10.1016/j.neubiorev.2023.01.005

Grass, F., Cachemaille, M., Blanc, C., Fournier, N., Halkic, N., Demartines, N., & Hübner, M. (2016). Is standardized care feasible in the emergency setting? A case matched analysis of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *BMC Surgery, 16*(1), 1-7. doi:10.1186/s12893-016-0194-6

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Guo, Y., Jia, P., Zhang, J., Wang, X., Jiang, H., & Jiang, W. (2016). Preoperative risk factors of delirium in elderly patients after laparoscopic surgery. *World Journal of Surgery, 40*(11), 2701–2707.

Guo, H., Li, L. H., Lv, X. H., Su, F. Z., Chen, J., Xiao, F., . . . Xie, Y. B. (2024). Association between preoperative sleep disturbance and postoperative delirium in elderly: A retrospective cohort study. *Nature and Science of Sleep*, *16,* 389-400.

Hemmerling, T. M. (2018). Pain management in abdominal surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery, 403*(7), 791–803.

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2011). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(6), 1073–1093.

Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work?. *Clinical Psychology Review, 22*(3), 381-440.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New York: Addison-Wesley.

Huang, K. Y., Liang, S., Chen, L., Xu, Y. Y., & Grellet, A. (2023). Transcutaneous electrical acupoint stimulation for the prevention of postoperative delirium in elderly surgical Patients A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience, 15*. doi:10.3389/fnagi.2023.1046754

Igwe, E. O., Nealon, J., O'Shaughnessy, P., Bowden, A., Chang, H. C., Ho, M. H., & Smerdely P. (2023). Incidence of postoperative delirium in older adults undergoing surgical Procedures, A systematic literature review and metaanalysis. *Worldviews on Evidence‐Based Nursing, 20*(3), 220-237. doi:10.1111/wvn.12649

Inouye, S. K. (2013). No rest for the weary…or the sick. *JAMA Internal Medicine, 173*(16), 1555–1556. doi:10.1001/jamainternmed.2013.7809

Inouye, S. K. (2021). The Importance of Delirium and Delirium Prevention in Older Adults During Lockdowns. *JAMA Internal Medicine, 325*(17), 1779–1780.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine, 113*(12), 941–948.

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet, 383*(9920), 911–922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1

Janjua, M. S., Spurling, B. C., Arthur, M. E. (n.d.). *Postoperative Delirium.* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534831/

Janssen, T. L., Alberts, A. R., Hooft, L., Mattace-Raso, F. U., Mosk, C. A., & van der Laan, L. (2019). Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging, 14*, 1095-1117.

Jennifer, M., Connell, M. D., Duggan, M. C., & Wilson, J. E. (2023). Why We Must Prevent and Appropriately Manage Delirium. *AMA Journal of Ethics, 25*(10), 751-757.

Jensen, M.P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain, 27*(1), 117–126.

Kamdar, B. B., Farasat, F., Dorsch, J. J., Pearce, A. K., Moore, A. A., Martin, J. L., & Malhotra, A. (2020). Sleep and Delirium in Older Adults. *Current Sleep Medicine Reports, 6*(3), 136–148.

Kim, H., Kim, S., Lee, H., & Oh, S. (2014). Factors affecting symptom experiences of breast cancer patients: based on the theory of unpleasant symptoms. *Asian Oncology Nursing, 14*(1), 7-14.

Kim, J., & Ahn, J. A. (2020). Risk factors for delirium in trauma intensive care unit patients. *Korean Journal of Adult Nursing, 32*(6), 623-631.

Ko, C. C., Hung, K. C., Chang, Y. P., Liu, C. C., Cheng, W. J., Wu, J. Y., & Sun, C. K. (2023). Association of general anesthesia exposure with risk of postoperative delirium in patients receiving transcatheter aortic valve replacement: a meta-analysis and systematic receiving. *Scientific Reports, 13*(1), 1-11.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Kotekar, N., Shenkar, A., & Nagaraj, R. (2018). Postoperative cognitive dysfunction - current preventive strategies. *Clinical interventions in aging, 13*, 2267–2273. doi:10.2147/CIA.S133896

Kumar, A., Kumar, D., Kumar, R., Prasad, J., Kumar, M., Joshi, P., & Fulzele, P. (2020). Peptic ulcers and their complications. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics, 10*(3), 256-261. doi:10.22270/jddt.v10i3-s.4082

Lebowa, W., Skorus, U., Rapacz, K., & Kenig, J. (2021). Indications for emergency abdominal surgeries in older patients: 7-year experience of a single centre. *Indian Journal of Surgery, 83*(1), 78-84.

Lee, D. H., Kim, D., Park, Y. H., Yoon, J., & Kim, J. S. (2021). Long-term surgical outcomes in patients with hepatocellular carcinoma undergoing laparoscopic vs. open liver resection: A retrospective and propensity score-matched study. *Asian Journal of Surgery, 44*(1), 206–212.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14–27. doi:10.1097/00012272-199703000-00003

Li, J., Fan, Y., Luo, R., Wang, Y., Yin, N., Qi, W., . . . Jing, J. (2025). Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 161*, 104937. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104937

Lin, D., Huang, X., Sun, Y., Wei, C., & Wu, A. (2021). Perioperative sleep disorder: A review. *Frontiers in Medicine, 8*. doi:10.3389/fmed.2021.640416

Liu, J., Li, X., Xie, W., Wang, Y., Xu, Z., Bai, Y. X., . . . Wu, Q. (2024). Risk Factors and Short-Term Outcomes of Postoperative Pulmonary Complications in Elderly Patients After Cardiopulmonary Bypass. *Clinical Interventions in Aging, 19*, 31–39.

Liu, W., Zhang, Y., Han, S., & Liu, X. (2023). Correlation between postoperative pain severity and delirium in elderly abdominal surgery patients. *Geriatrics & Gerontology International, 23*(6), 502–508. doi:10.1111/ggi.14567

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Loeser J. D. (2022). A new way of thinking about pains. *Pain, 163*(9), 1670–1674.

Ma, H. Y., Lv, X. C., Zhang, C., Zhang, Z. N., Hao, X. Y., Liu, Y. H., . . . Fu, Q. (2025). The effect of early postoperative acute pain on postoperative delirium in elderly patients undergoing abdominal surgery: a secondary analysis of multicenter prospective data. *European geriatric medicine*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s41999-025-01367-w

Ma, Q., Li, H., Jiang, Y., Wang, Y., & Liang, J. (2023). Oncological and surgical outcomes of radical surgery in elderly colorectal cancer patients with intestinal obstruction. *Frontiers in Surgery, 10*, 1164925.

Maldonado, J. R. (2018). Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International journal of geriatric psychiatry, 33*(11), 1428-1457.

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *New England Journal of Medicine, 377*(15), 1456–1466. doi:10.1056/NEJMcp1605501

Massarweh, N. N., Legner, V. J., Symons, R. G., McCormick, W. C., & Flum, D. R. (2009). Impact of Advancing Age on Abdominal Surgical Outcomes. *Archives of Surgery, 144*(12), 1108–1114. doi:10.1001/archsurg.2009.204

McClements, R. M., Kim, H. J., & Lee, S. Y. (2017). Postoperative pain severity and delirium incidence in elderly Korean patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 54*(2), 220–226.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1967). Pain mechaisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology, 11*(2), 89-90.

Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders, 126*(3), 335–348.

Mohanty, S., Rosenthal, R. A., Russell, M. M., Neuman, M. D., Ko, C. Y., & Esposito, T. J. (2016). Association of frailty with adverse postoperative outcomes in geriatric surgical patients: Analysis of the Nationwide Inpatient Sample. *Journal of the American College of Surgeons, 223*(5), 1099–1108.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Morrison, R. S., Magaziner, J., Gilbert, M., Koval, K. J., McLaughlin, M. A., & Orosz, G. (2003). Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(5), 705–709.

Mu, J., Tian, W., Huang, Y., Zhang, X., & Wang, L. (2021). Incidence and risk factors of postoperative delirium in elderly patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics, 21*(1), 456. doi:10.1186/s12877-021-02455

Mu, D. L., Wang, D. X., Li, L. H., Shan, G. J., Li, J., Yu, Q. J., & Shi, C. X. (2010). High serum cortisol level is associated with increased risk of delirium after coronary artery bypass graft surgery: a prospective cohort study. *Critical Care (London, England), 14*(6), 1-11.

Mullen, M. G., Michaels, A. D., Mehaffey, J. H., Guidry, C. A., Turrentine, F. E., Hedrick, T. L., & Friel, C. M. (2017). Risk associated with complications and mortality after urgent surgery vs elective and emergency surgery: implications for defining "quality" and reporting outcomes for urgent surgery. *JAMA Surgery, 152*(8), 768–774.

Naknonehun, P., Sommongkol, S., Leethong-In, M., Piyawattanapong, S., Thiengtham, S., Keawphonpek, P., & Tepsri, S. (2022). Attitudes and nursing practices regarding postoperative delirium assessment and pevention in older patients by non-itensive care unit nurses in a tertiary hospital, Khon Kaen Province. *Thai Red Cross Nursing Journal, 15*(3), 119-134.

Nazemi, A. K., Gowd, A. K., Carmouche, J. J., Kates, S. L., Albert, T. J., & Behrend, C. J. (2017). Prevention and management of postoperative delirium in elderly patients following elective spinal surgery. *Clinical spine surgery, 30*(3), 112-119.

Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum, 57*(1), 144–151. doi:10.1111/nuf.12659

Ngamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and Risk Factors of Acute Confusional State in Hospitalized Older Patients. *Nursing Research and Innovation Journal, 24*(2), 137–149. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/148777

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., . . . Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep Health, 3*(1), 6–19. doi:10.1016/j.sleh.2016.11.006

Partridge, J. S. L., Harari, D., Martin, F. C., & Dhesi, J. K. (2018). The impact of pre-operative comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in older patients undergoing scheduled surgery: A systematic review. *Anaesthesia, 69*(51), 8–16. doi:10.1111/anae.1249

Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, CT: Appleton and Lenge.

Phromchat, N. (2015). *Sleep quality and postoperative delirium risk among elderly Thai surgical patients* (Unpublished Master's thesis). Mahidol University, Bangkok.

Population Reference Bureau. (2020). *2020 World population data sheet*. Retrieved from https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/07/letter-booklet-2020-world-population.pdf

Prete, A., Yan, Q., Tarrah, K. A., Akturk, H. K., Prokop, L. J., Alahdab, F., . . . Bancos, I. (2018). The cortisol stress response induced by surgery: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine, 113*, 1–9.

Raats, J. W., Eijsden, W. V., Crolla, R., Steyerberg, E. W., & Laan, L. V. D. (2015). Risk factors and outcomes for postoperative delirium after major surgery in elderly patients. *PloS one, 10*(8), 1-12.

Reeve, J., Anderson, L., Raslan, Y., Grieve, C., Ford, J., & Wilson, L. (2019). The physiotherapy management of patients undergoing abdominal surgery: A survey of current practice. *New Zealand Journal of Physiotherapy, 47*(2), 66-75. Retrieved from https://pnz.org.nz/Folder?Action=View%20File&Folder_id=454&File=NZJP%20Volume%2047%20Number%202%2002.pdf

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Rengel, K. F., Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2019). Long-term cognitive and functional impairments after critical illness. *Anesthesia and analgesia, 128*(4), 772–780.

Robleda, G., Roche, C. F., Sánchez, V., Gich, I., & Baños, J. E. (2015). Postoperative discomfort after abdominal surgery: an observational study. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of The American Society of PeriAnesthesia Nurses, 30*(4), 272–279.

Saengsawang, P., Kaewmongkol, G., & Inpankaew, T. (2021). Molecular Detection of Bartonella spp. and Hematological Evaluation in Domestic Cats and Dogs from Bangkok, Thailand. *Pathogens, 10*(5), 536.

Salvetti, M., Paini, A., Colonetti, E., Tarozzi, L., Bertacchini, F., Aggiusti, C., & Muiesan, M. L. (2020). Hypertensive emergencies and urgencies: a single-centre experience in Northern Italy 2008–2015. *Journal of Hypertension, 38*(1), 52-58.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406.

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia, 126*(5), 1763-1768. doi:10.1213/ANE.0000000000002864

Seiler, C. M., Deckert, A., Diener, M. K., Knaebel, H. P., Weigand, M. A., Victor, N., & Büchler, M. W. (2009). Midline versus transverse incision in major abdominal surgery: a randomized, double-blind equivalence trial. *Annals of Surgery, 249*(6), 913–920.

Shi, Z., Wu, Y., Li, C., Fu, S., Shi, J., & Wang, N. (2019). Using the confusion assessment method to detect postoperative delirium in older surgical patients: A meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society, 67*(2), 237–246. doi:10.1111/jgs.15684

Somnuke, P., Limprapassorn, P., Srinonprasert, V., Wongviriyawong, T., Suraarunsumrit, P., Morkkaphop, E., . . . Chaiwat, O. (2022). The Thai version of the nursing delirium screening scale-Thai: Adaptation and validation study in postoperative patients. *Frontiers in Medicine, 9*, 1-10. Retrieved from https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9537571/

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D., & Cattano, D. (2018). Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica, 84*(11), 1307–1317.

Steenblock, J., Braisch, U., Brefka, S., Thomas, C., Eschweiler, G. W., Rapp, M., . . . Dallmeier, D. (2023). Frailty index and its association with the onset of postoperative Delirium in older adults undergoing elective surgery. *BMC Geriatrics, 23*(1), 1-10. doi:10.1186/s12877-022-03663-7

Takeyama, H., Ikeda, K., Shinomiya, S., Nishigaki, T., Yamashita, M., Danno, K., . . . Oka, Y. (2021). Comparison of clinical outcomes between laparoscopic and open extensive resection for complicated appendicitis: retrospective observational study. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques, 31*(4), 448–452.

Tang, X., Wang, H., Wang, F. J., Liu, S., Wu, X., Dong, R., . . . Bi, Y. (2022). The Relationship Between Suboptimal Social Networks and Postoperative Delirium: The PNDABLE Study. *Frontiers in Aging Neuroscience, 14*, 1-10. doi:10.3389/fnagi.2022.851368

Terkawi, A. S., Tsang, S., Alshehri, A. S., Mulafikh, D. S., Alghulikah, A. A., & AlDhahri, S. F. (2017). Chronic pain after major head and neck tumor therapy: prevalence, characteristics, and consequences. *Saudi Journal of Anaesthesia, 11*(1), 71–79. doi:10.4103/sja.SJA_162_17

Thalmayer, A. G., Toscanelli, C., & Arnett, J. J. (2021). The neglected 95% revisited: Is American psychology becoming less American?. *American Psychologist, 76*(1), 116–129.

The International Association for the Study of Pain. (2020). *Iasp announces revised definition of pain*. Retrieved from https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/.

Torres, R. A. M., Romero, A. M., Pagonabarraga, I., Travasso, R. D. M., & Poiré, E. C. (2015). Obstructions in Vascular Networks: Relation Between Network Morphology and Blood Supply. *PLoS ONE, 10*(6), e0128111. doi:10.1371/journal.pone.0128111

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Treede, R. D. (2018). The international association for the study of pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Reports, 3*(2), 1-3.

Treede, R. D.. Hoheisel, U., Wang, D., & Magerl, W. (2022). Central sensitization: clinical utility of a physiological concept for the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems and for nociplastic pain. *Pain, 163*(1), 99–107.

Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain, 160*(1), 19–27.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2020). *World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons*. New York: Author.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. Retrieved from https://population.un.org/wpp/

Wadhwa, M., Kumari, P., Chauhan, G., Roy, K., Alam, S., Kishore, K., . . . Panjwani, U. (2017). Sleep deprivation induces spatial memory impairment by altered hippocampus neuroinflammatory responses and glial cells activation in rats. *Journal of Neuroimmunology, 312*, 38–48. doi:10.1016/j.jneuroim.2017.09.003

Wang, S. K., Wang, Q. J., Wang, P., Li, X. Y., Cui, P., Wang, D. F., . . . Lu, S. B. (2024). The impact of frailty on clinical outcomes of older patients undergoing enhanced recovery after lumbar fusion surgery: a prospective cohort study. *International Journal of Surgery, 110*(8), 4785–4795.

Wang, Y., Liu, J., Sun, L., Zhao, R., & Xu, Q. (2022). Relationship between sleep quality and delirium in hospitalized elderly patients. *Journal of Geriatric Mental Health, 9*(1), 20–27.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Wang, Y., Yue, J., Xie, D., Carter, P., Li, Q.-L., Gartaganis, S. L., . . . Inouye, S. K. (2020). Effect of the tailored, family-involved hospital elder life program on postoperative delirium and function in older adults: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 180*(1), 17–25. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4446

Weiss, R. (1974). The Provision of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Endlewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Whitlock, E. L., Torres, M. A., & Smetzer, J. L. (2020). Postoperative delirium: Risk factors and prevention. *Journal of Clinical Anesthesia, 63*, 109–115. doi:10.1016/j.jclinane. 2019.06.014

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing, 14*(7), 798-804. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x.

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA, 304*(4), 443–451.

World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585

World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023*. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323

Yokozuka, K., Tomita, K., Nakagawa, M., Koganezawa, I., Ochiai, S., Gunji, T., . . . Kawachi, S. (2021). New risk factors of postoperative complications in elective gastrointestinal surgery of elderly patients: a prospective cohort study. *BMC Surgery, 21*(1), 1-8. doi:10.1186/s12893-021-01171-w

Zanjari, N., Momtaz, Y. A., Kamal, S. H. M., Basakha, M., & Ahmadi, S. (2022). The influence of providing and receiving social support on older adults' well-being. *Clinical Practice And Epidemiology In Mental Health: CP & EMH, 18*. doi:10.2174/17450179-v18-e2112241

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Zhang, X., & Kinjo, S. (2015). Do postoperative pain management techniques influence postoperative? delirium? *Current Anesthesiology Reports, 5*(1), 10-16.

Zhang, X., Guo, K., & Li, Y. (2023). Sleep disturbances and delirium after major surgery in the elderly: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery, 98*, 1-9. doi:10.1016/j.ijsu.2021.106291

Zheng, M., Li, H., & Chen, J. (2023). Impact of postoperative sleep quality on delirium following abdominal surgery in elderly patients: A retrospective study. *Journal of Clinical Nursing, 32*(4), 789–797. doi:10.1111/jocn.162

Zhou, X., Wildschut, T., Sedikides, C., Chen, X., & Vingerhoets, A. J. (2012). Heartwarming memories: Nostalgia maintains physiological comfort. *Emotion, 12*(4), 678–684.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ความสัมพันธ์ความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดช่องท้อง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย □หรือกรอกรายละเอียดให้ตรงกับข้อความนั้น ๆ

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ ..... ปี

3.น้ำหนัก.....กิโลกรัม

4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

5. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จการศึกษา

( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

( ) ประถมศึกษา ( ) ปริญญาโท/ปริญญาเอก

( ) มัธยมศึกษา /ปวช./ปวส. ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ ....

6. อาชีพ

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) ธุรกิจส่วนตัว

( ) รับจ้าง ( ) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

( ) เกษตรกร ( ) พนักงานบริษัทเอกชน

( ) บุคลากรด้านสุขภาพ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท ( ) 10,001 – 30,000 บาท

( ) 5,000 – 10,000 บาท ( ) 30,001 – 50,000 บาท

( ) มากกว่า 50,000 บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

( ) พอเพียง ( ) ไม่พอเพียง

9. ประวัติโรคประจำตัว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ภาวะความดันโลหิตสูง ( ) โรคเบาหวาน

( ) ภาวะไขมันในเลือดสูง ( ) ภาวะอ้วน

( ) โรคหัวใจ ( ) โรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ) .. ..

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะสมองเสื่อม

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination[TMSE])

คำถาม	คะแนน
1.Orientation (6 คะแนน)	4
วัน ,วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	1
ที่ไหน	1
ใคร (คนในภาพ หรือบุคคลที่อยู่ในสถานที่นั้น)	
2. Registration (3 คะแนน)	3
.....	
3. Attention (5 คะแนน)	5
.....	
4. Calculation (3 คะแนน)	3
.....	
5. Language (10 คะแนน)	
ถามว่า สิ่งนี้เรียกว่า อะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)	1
ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1
ทำตามคำสั่ง (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อม ๆ กัน)	1
.....	2
.....	1
.....	1
.....	1
.....	1
6. Recall (3 คะแนน)	1
	3
คะแนนเต็ม	30

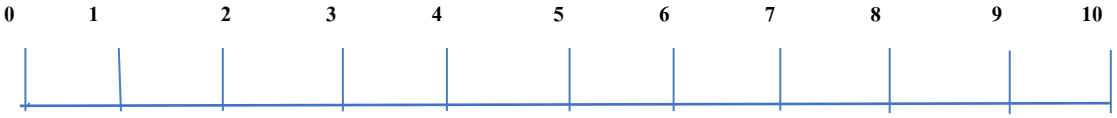
เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน เท่ากับและมากกว่า 23 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองปกติ

คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale)



ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย

ตัวเลข 1-3 หมายถึง รู้สึกปวดเล็กน้อย

ตัวเลข 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง

ตัวเลข 8-10 หมายถึง ปวดมาก

โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง และทำเครื่องหมายบนตัวเลขใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วยซึ่งจะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับองพิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย หรือเติมข้อความในช่องว่างแต่ละข้อที่ตรงกับการนอนส่วนใหญ่ของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1.ท่านเข้านอนเวลาประมาณ ……...น.

2.ท่านต้องให้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป…… นาที

3.ปกติท่านลุกจากที่นอนเช้าเวลาประมาณ ……น.

4.ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ…… ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้อาจแตกต่างจากชั่วโมงตั้งแต่คุณเริ่มเข้านอนจนตื่นนอน)

5.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่าคุณภาพการนนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

( ) ดีมาก ( ) ดี ( ) ไม่ค่อยดี ( ) ไม่ดีเลย

6.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่งหรือซื้อเองเพื่อช่วยให้นอนหลับบ่อยเพียงใด)

( ) ไม่เคยใช้เลย ( ) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

( ) ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ( ) ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

7.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใด ในขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ซักเสื้อผ้า เป็นต้น

( ) ไม่เคยเลย ( ) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

( ) 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ( ) 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

8.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป

( ) ไม่เป็นปัญหาเลย ( ) เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย

( ) เป็นปัญหามากพอสมควร ( ) เป็นปัญหามาก

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้ (กรุณาตอบทุกข้อ) 0 หมายถึงไม่มีปัญหาเลย

1 หมายถึงมีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

2 หมายถึงมีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

3 หมายถึงมีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

9.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหาหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นช้ากว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอหรือกรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ ถ้ามีโปรดระบุ				

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 ถึง 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

คะแนน 6 ถึง 21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบครอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1) มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2) มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่านเสมอ					
3)ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4) บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
5) ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
6) คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7) เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
8) มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
9) มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดี					
10) มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
11) ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้					
12) เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
13) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
14) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
15) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
16) ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 16-37 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนนรวม 38-59 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนรวม 60-80 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน The Nursing Delirium Screening Scale (NUDESC)

ลำดับ	อาการ	ระดับความรุนแรง		
		0	1	2
1	สับสนระหว่างบุคคล สถานที่ เวลา			
2	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม			
3	การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม			
4	การแปลสิ่งเร้าผิดปกติ/ประสาทหลอน			
5	ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลง			
	รวมคะแนน			
	แปลผลคะแนน (ระบุ Positive / Negative			

ระดับความรุนแรงของอาการ 0 ไม่มีอาการ / 2 มีอาการเล็กน้อย / 2 มีอาการชัดเจน

การแปลผล

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 หมายถึง Positive แปลผลได้ว่ามีภาวะ Delirium

คะแนนน้อยกว่า 2 หมายถึง Negative แปลผลได้ว่าไม่มีภาวะ Delirium

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

COA. No. RSUERB2024-133

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2024-133
ชื่อโครงการวิจัย	:	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง Factors Related to Acute Delirium Among Elderly Patients with Abdominal Surgery
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางสาวฌอมจิต ฌอมศิริ
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทรน์ บินโฮเซ็น
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 5 สิงหาคม 2567 วันที่หมดอายุ : 5 สิงหาคม 2569

วันที่ต่ออายุ : ไม่เกิน 5 กรกฎาคม 2569

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB 05 AUG 2024

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เอกสารแนบท้าย ๑



เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หมายเลข ๐๓/๒๐๒๔

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง
รหัสโครงการ : EC๐๓/๐๖/๒๐๒๔
หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อ นางสาวถนอมจิต นามสกุล ถนอมศิริ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เอกสารที่รับรอง
๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงร่างการวิจัย
๓. แบบสอบถาม
๔. ประวัติผู้วิจัย
วันที่รับรอง : ๒๕ / ๐๗ / ๒๐๒๔
วันหมดอายุ : ๒๕ / ๐๗ / ๒๐๒๕
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ดำเนินการพิจารณาเห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

ลงนาม.....
(นางสมาลี นาถวงษ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

อนุมัติ

ลงนาม.....
(นายเอกโชติ พีรธรรมานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๖ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

RSU-ERB.005-1 หนังสือแสดงเจตนายินยอม อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
(Informed Consent Form 18+)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ._____

ข้าพเจ้า .....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง**

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ได้ทราบว่าไม่มีค่าตอบแทนและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือถอดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อ นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ โทรศัพท์ 0897432513 และ รศ. ดร. อาภรณ์ ดีนาน (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ ถนอมจิต ถนอมศิริ

(นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ)

ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../.....

RSU-ERB
05 AUG 2024
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
RSU ETHICS REVIEW BOARD

มหาวิทยาลัยรังสิต

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

Re: เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ในความดูแล ดร อาภรณ์ ดีนาน ดิฉันจะขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ใครั้งนี และรบกวนขอแบบสอบถามฉบับเต็ม

2 messages

Tawanchai Jirapramukpitak <tawanchai.jir@mahidol.ac.th> Fri, Mar 7, 2025 at 3:22 PM
To: TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

แบบสอบถามภาษาไทยครับ

ขอบคุณครับ

ตะวันชัย

On Sun, Mar 2, 2025 at 9:40 AM TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> wrote:

RANGSIT UNIVERSITY
Creating a Giving and Sharing Society

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ[1].pdf
203K

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> Sun, Mar 9, 2025 at 11:27 AM
To: Tawanchai Jirapramukpitak <tawanchai.jir@mahidol.ac.th>

ขอบคุณคะ
เมื่อ ศ. 7 มี.ค. 2568 เวลา 15:22 Tawanchai Jirapramukpitak <tawanchai.jir@mahidol.ac.th> เขียนว่า:
[Quoted text hidden]

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต

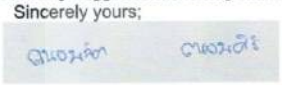
TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

Date09/12/ 2024

3 messages

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> Mon, Dec 9, 2024 at 9:22 PM
To: buyssedj@upmc.edu

Dear Professor Dr. Daniel J. Buysse,
I, Miss Tanomchit Tanomsiri, am a master degree student at School of Nursing, Rangsit University, Thailand. Currently, I have been working on the master thesis entitle " Factor Related To Acute Delilium Among Elderly Patients" under supervision of Associate Professor Dr. Aporn Deenan, Ph.D., RN. Based on literature review, I found that the The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI is suitable tool for my research. Therefore, I would ask for your permission to use the The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI in my master thesis study. Furthermore, I would ask for the scoring method and any suggestion for using this instrument. Thank you.
Sincerely yours;



(Tanomchit Tanomsiri)

School of Nursing, Rangsit University Pathum Thani, Thailand 12000
E mail: Tanomchit.t64@rsu.ac.th

Vlachos, Christina <vlachosc@upmc.edu> Tue, Dec 10, 2024 at 10:39 PM
To: "tanomchit.t64@rsu.ac.th" <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

Hello,

Thank you for your interest in the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Please fill out this request form for eligibility to use the PSQI.

Sincerely,
Daniel J. Buysse, MD
Distinguished Professor of Psychiatry, Medicine, and Clinical and Translational Science
UPMC Endowed Chair in Sleep Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
3811 O'Hara St., E-1123
Pittsburgh, PA 15213

From: Buysse, Daniel <BuysseDJ@upmc.edu>
Sent: Tuesday, December 10, 2024 10:25 AM
To: Vlachos, Christina <vlachosc@upmc.edu>
Subject: Fw: Date09/12/ 2024

From: TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>
Sent: Monday, December 9, 2024 9:22 AM
To: Buysse, Daniel <BuysseDJ@upmc.edu>
Subject: Date09/12/ 2024

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

ขออนุญาตใช้เครื่องมือ

3 messages

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> Sun, Feb 2, 2025 at 11:21 PM
To: Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com>

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ในความดูแล ดร อาภรณ์ ดีนาน ดิฉันจะขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และรบกวนขอแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยคะ

ขอแสดงความขอบคุณ

Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com> Mon, Feb 3, 2025 at 9:23 AM
To: TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยตามไฟล์แนบ และรบกวนช่วยอ้างอิงที่มาของงานวิจัยผมด้วยนะครับ ขอบคุณครับ

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

On Sunday, February 2, 2025 at 11:22:26 PM GMT+7, TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> wrote:

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ในความดูแล ดร อาภรณ์ ดีนาน ดิฉันจะขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และรบกวนขอแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยคะ

ขอแสดงความขอบคุณ

RANGSIT UNIVERSITY
Creating a Giving and Sharing Society

Virus-free. www.avg.com

SocialSupportQuestionnaire_Peeraphon.doc
58K

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> Mon, Feb 3, 2025 at 10:07 AM
To: Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com>

ขอบพระคุณคะ
[Quoted text hidden]

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

เรียนนายแพทย์ภาวิต สมนึก

2 messages

TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th> Mon, Dec 9, 2024 at 9:35 PM
To: Pawit-pup@hotmail.com

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง ในความดูแล ดร อาภรณ์ ดีนาน ดิฉันจะขออนุญาตใช้เครื่องมือ Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ใครั้งนี้

ขอแสดงความขอบคุณ

ถนอมจิต ถนอมศิริ

นางสาวถนอมจิต ถนอมศิริ
มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000
Email Tanomchit.t64@rsu.ac.th

Pawit Somnuke <pawit-pup@hotmail.com> Wed, Dec 11, 2024 at 9:01 PM
To: TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>

เรียนคุณถนอมจิต
ยินดีครับ ใช้ได้เลย แต่ขอรบกวน cite นิดนึงนะครับว่านำมาจากงานวิจัยของทางทีมวิสัญญี ศิริราช
ขอบคุณครับ
ภาวิต

Get Outlook for iOS

From: TANOMCHIT TANOMSIRI <tanomchit.t64@rsu.ac.th>
Sent: Monday, December 9, 2024 9:35:25 PM
To: Pawit-pup@hotmail.com <Pawit-pup@hotmail.com>
Subject: เรียนนายแพทย์ภาวิต สมนึก

[Quoted text hidden]

RANGSIT UNIVERSITY
Creating a Giving and Sharing Society

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ถนอมจิต ถนอมศิริ
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2543 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University