

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน



นางสาวอโนชา สาระลิต

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

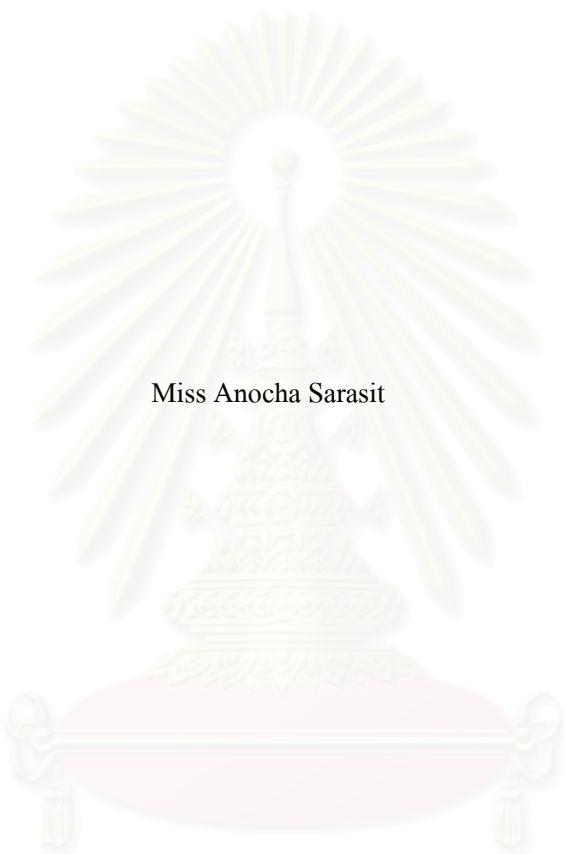
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE QUALITY INDICATORS OF NURSING OUTCOMES FOR ELDERLY PATIENTS
WITH ACUTE CONFUSIONAL STATES



Miss Anocha Sarasit

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

อโนชา สาระสิต : ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน. (THE QUALITY INDICATORS OF NURSING OUTCOMES FOR
ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CONFUSIONAL STATES) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.
ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 206 หน้า.

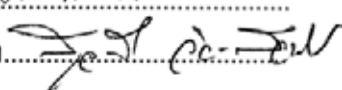
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับ
ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย
ผู้บริหารการพยาบาล 3 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 10 คน อาจารย์พยาบาล 6 คน และแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถาม
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 รอบ จำนวน 70 วัน วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์
การพยาบาล 40 รายการ เป็นรายการที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 37 รายการ และระดับมาก 3
รายการ จำแนกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 4 รายการ
2. ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา จำนวน 13 รายการ
3. ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 รายการ
4. ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ จำนวน 5 รายการ
5. ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 12 รายการ

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้ในการ
ประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
ประเมินโดย หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน
จำนวนรวมทั้งสิ้น 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการ
ประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้ ผ่านเกณฑ์อยู่ใน
ระดับมากขึ้นไปทุกรายการ

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....อโนชา สาระสิต.....

ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4877858836 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: QUALITY INDICATORS/NURSING OUTCOMES/ ELDERLY PATIENTS/
ACUTE CONFUSIONAL STATES

ANOCHA SARASIT: THE QUALITY INDICATORS OF NURSING OUTCOMES FOR
ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CONFUSIONAL STATES. THESIS ADVISOR : ASST.
PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 206 pp.

The purpose of this research was to identify the quality indicators of nursing outcomes for elderly patients with acute confusional states by using Modified Delphi Technique. Twenty experts agreed to participate in this research, consisting of 3 nursing administrators, 10 nursing practitioners, 6 nursing instructors and 1 physician. The questionnaires were developed by the researcher and used as the research instrument with Modified Delphi Technique. They were developed in 3 stages. First, by using semi-open ended form of questionnaire, the experts were asked to identify the quality indicators of nursing outcomes for elderly patients with acute confusional states. Second, the data received from the first stage was analyzed to develop the rating scale questionnaires which each sequence would be possibly ranked by prior panel of the experts. Third, the median and interquartile range was used to analyze and correct the data in order to re-design the rating scale questionnaire. Finally, the participants had to finish the completed questionnaires, rating scale, again. The data collecting time frame was within 70 days then the data was analyzed by median, interquartile range.

According to the research, the quality indicators of nursing outcomes for elderly patients with acute confusional states depends on 40 items. The experts absolutely accorded that 37 items were evaluated as the most essential and the other 3 essential. These 40 items can be classified into 5 domains as follows: 1) functional health indicators composed of 4 items, 2) physiological health indicators composed of 13 items, 3) health knowledge and behavior indicators composed of 6 items, 4) perceived health indicators composed of 5 items, and 5) family/caregiver health indicators composed of 12 items

The feasibility of the quality indicators of nursing outcomes for elderly patients with acute confusional states was tested by 12 head nurses and 18 incharge nurses. Data was analyzed by mean and standard deviation. The result shows that the feasibility of utilizing all of the nursing outcome indicators was high.

Field of Study:.....Nursing Administration.....Student's Signature:.....*Anocha Sarasit*.....

Academic Year:.....2007..... Advisor's Signature:.....*Suvinee Wivatvanit*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาตลอดเวลาทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการช่วยแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ตลอดจนช่วยแนะแนวทางในการแก้ปัญหา และ ให้แนวคิดอันเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ ตลอดระยะเวลาดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยเฉพาะรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิด และให้กำลังใจอย่างดีในการทำวิจัย และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาสับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 ท่าน รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้ง 30 ท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุญาติให้เข้ารับการศึกษาในครั้งนี้และสนับสนุนทุนการศึกษาบางส่วน รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่คอยห่วงใย เอื้ออาทร และให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณ คุณชลิรสา อุณรุท บรรณารักษ์ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกคน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่เป็นกำลังใจสำคัญและให้การสนับสนุนทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล.....	11
2. แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด.....	21
3. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลัน.....	34
4. ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้.....	47
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	66
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	71
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87

บทที่	หน้า
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... 93
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 93
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 94
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 98
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 107
	สรุปผลการวิจัย..... 108
	อภิปรายผลการวิจัย..... 110
	ข้อเสนอแนะ..... 121
	รายการอ้างอิง..... 122
	ภาคผนวก..... 136
	ภาคผนวก ก เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 137
	ภาคผนวก ข รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ..... 144
	ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ..... 157
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย..... 159
	ภาคผนวก จ ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์..... 192
	ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3..... 204
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 206

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ.....	30
2 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย	57
3 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพ สรีรวิทยา.....	58
4 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพ จิตสังคม.....	61
5 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ.....	62
6 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	63
7 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพ ครอบครัว/ผู้ดูแล.....	64
8 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มอื่นๆ	65
9 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ.....	73
10 จำนวนร้อยละของคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านวุฒิการศึกษาและองค์กรที่ปฏิบัติงาน.....	74
11 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านตำแหน่งงาน ด้านวุฒิการศึกษา สถานะที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ การปฏิบัติงาน.....	75
12 นันทมติจากการตอบกลับแบบสอบถาม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิค เดลฟายรอบที่ 2.....	80
13 ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยบูรณาการ จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	89
14 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	99
15 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม สุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล.....	100

ตารางที่

หน้า

16	ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม สุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย.....	102
17	ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม สุขภาพสตรีวิทยา.....	103
18	ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ.....	104
19	ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม การรับรู้สุขภาพ.....	105



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน..... 71



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วทุกภูมิภาคของโลก โดยมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ในประเทศไทย สัดส่วนของประชากรสูงอายุมิแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population aging) ซึ่งอัตราความเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก จากการคาดประมาณประชากร โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุ 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547)

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนโดยรวม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ หลายด้าน ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพ ทำให้ความต้องการบริการทางสุขภาพและทางสังคมเพิ่มขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และในภาวะเรื้อรังจะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ ซึ่งทำให้ต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ พบว่าอัตราครองเตียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 30 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, รานี ทวีกิตติกุล, ธนารดี คำยา และชนนิตี มิลินทางกูร, 2542) จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2545 - 2549 มีผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.96 เป็นร้อยละ 26.54 (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2550) และมีการศึกษาความชุกของผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 26 หอผู้ป่วย เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 51.28 (ประคอง อินทรสมบัติ, 2550) ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และในการที่จะดูแลกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่มีมากขึ้นนี้ให้มีคุณภาพที่ดีและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์นั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจและท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น พบว่ามีปัญหาในการดูแลที่ยุ่ยาก ซับซ้อน อันเนื่องมาจากผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ ทำให้เกิดโรคกำเริบหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเรื้อรังได้ 2) มีพยาธิสภาพหลายระบบ เนื่องจากปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากวัยสูงอายุ เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคกับโรค โรคกับวัยสูงอายุ และมีปฏิสัมพันธ์กับการรักษา ทำให้โรครุนแรง หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้การวินิจฉัยและการดูแลรักษาผิดพลาดได้ นอกจากนี้ยังถูกละเลยต่อการเจ็บป่วยที่รักษาได้เพราะถูกประเมินว่าเกิดจากวัยสูงอายุ 3) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย อาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้การวินิจฉัยลำบาก ลำบาก การรักษาไม่เหมาะสมและไม่ทันท่วงที 4) การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จากการศึกษาของ Hamilton and Lyon (1995) พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความพร้อมในการทำหน้าที่สูงถึงร้อยละ 75 5) อาการเจ็บป่วยจะรุนแรงขึ้นเมื่อเกิดในผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่น (Eberle and Besdine, 1992 อ้างถึงใน ชวลี เข้มวงษ์, 2539) ลักษณะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้มีความยากลำบากในการประเมิน วินิจฉัย และให้การรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนต่อผู้สูงอายุ ร่วมกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่อยู่ในลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรม เช่น เติงนอนที่สูงกว่าปกติ ต้องใช้ไม้กั้นเตียง แผนการดูแลรักษาที่จำกัดการเคลื่อนไหว การได้รับยากล่อมประสาท การผูกมัดผู้ป่วย ประกอบกับบุคลากรสุขภาพมีเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ ให้การดูแลแบบปกป้อง ไม่ให้เวลาและโอกาสผู้ป่วยสูงอายุดูแลตนเอง ขอมรับความพร้อมในการทำหน้าที่ตลอดจนการเจ็บป่วยที่เกิดจากวัยสูงอายุ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ปัญหาที่รักษาได้อาจไม่ได้รับการรักษา หรือไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ (Inouye et al., 1993; Palmer et al., 1994; Michota, 1995) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเอง เกิดภาวะพึ่งพา และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา และภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Acute confusional states หรือ Delirium) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกดาวที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะขาดสมาธิ ความตั้งใจ ทำให้การรู้คิดหรือการรับรู้ผิดปกติ โดยความผิดปกติเป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และอาการมักจะเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ในช่วงเวลาต่างๆ ของวัน (American Psychiatric Association, 1994) จากการศึกษาของ Inouye (2006) พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะสับสนเฉียบพลันถึงร้อยละ 14 - 24 และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในขณะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5 - 56 นอกจากนี้ยังพบภาวะ

สับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายชนิด ถึงร้อยละ 80 (Twedell, 2005) และเกิดร่วมกับภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 22 - 39 พบในผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักร้อยละ 13 - 61 (Miller, 2004) ในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยหญิงของภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุร้อยละ 15.5 (Jitapunkul and Hanvivadhanakul, 1998) และพบในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 18.10 (Boonphadh, 2004) ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง (Francis and Kapoor, 1992; Inouye, 1994) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงอย่างมากและการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับเป็นปกติเป็นไปได้ช้า (Marcantonio et al., 2003; Kiely et al., 2006) ทำให้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Marcantonio et al., 2000; Ljubivaljevic and Kelly, 2003; McCusker et al., 2003; Edelstein et al., 2004; Adamis et al., 2006; Siddiqi et al., 2006) สิ่งที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นถึง 2,500 ดอลลาร์ต่อคน (Young and Inouye, 2007) โดยพบว่าความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการยาวนาน จะสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ซึ่งสูงมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันถึง 2 เท่า (Milbrandt et al., 2004) และยังส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 22 - 76 (Marcantonio et al., 2000; Laplante and Cole, 2001; McCusker et al., 2002; Miller, 2004; Adamis et al., 2006; Siddiqi et al., 2006) โดยอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยอื่น ๆ ถึง 2 - 5 เท่า (Ribby and Cox, 1996; Lantz and Buchalter, 2003)

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ (Inouye et al., 2000, 2003; Marcantonio et al., 2001; Tabet et al., 2005) หรือสามารถลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการลงได้ถ้าได้รับการตรวจพบที่รวดเร็ว (Milisen et al., 2001, 2005; Lundstrom, 2005; Naughton et al., 2005) แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าภาวะสับสนเฉียบพลันนี้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยๆ จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการเฝ้าระวังการวินิจฉัยหรือการค้นหาสาเหตุของอาการอย่างเป็นระบบขณะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความผิดปกติด้านจิตสังคมหรือเป็นการเจ็บป่วยทางจิต (O'Keefe, 1999; Rapp, 2001; Cole, 2004) การที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการเฝ้าระวัง อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นอาการนำของการเจ็บป่วยที่อาการแสดงไม่ชัดเจน ลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาของวัน ทำให้มีความยากในการประเมิน การที่มีทัศนคติต่อภาวะสับสนเฉียบพลันว่าเป็นผลจากระบวนการสูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม ในการปฏิบัติทางคลินิก ยังไม่มีมาตรฐานหรือแนวทางที่เหมาะสมและสะดวกในการประเมิน ข้อจำกัดของบุคลากรในด้านความรู้

และความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อทดสอบการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญา และการ
 ละเอียดที่จะประเมินในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีและมีสังคมที่ดี (Schuurman
 et al., 2001; Cole, 2004; Inouye, 2006) เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือ
 ประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้น

ภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลและ
 ครอบครัว โดยผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิด
 ภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม เกิดแผลกดทับ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ความต้องการใน
 การดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากความสามารถในการทำหน้าที่ได้ลดลง ระยะเวลาอยู่
 โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และส่งผลให้อัตราการ
 เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ในด้านของผู้ดูแลและครอบครัว ภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อทางด้าน
 จิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะใน
 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาการกระวน
 กระวายไม่อยู่นิ่ง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากการเจ็บป่วยของ
 ผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความเครียดในการดูแลมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธ์ สาสัตย์,
 2546) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องใช้เวลา
 และจำนวนบุคลากรในการให้การพยาบาลมากขึ้นเป็นเหตุให้พยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น
 ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลไม่สามารถที่จะใช้
 เวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างครอบคลุม ทำให้เกิดความกดดันและความตึงเครียด
 ในการดูแลผู้ป่วย (Milisen et al., 2004) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่มี
 ความสำคัญสำหรับการบริการสุขภาพ และเป็นปัญหาใหญ่ที่ทั้งผู้ปฏิบัติการทางคลินิกและผู้บริหาร
 ทางด้านบริการสุขภาพไม่ควรละเลย (Young and Inouye, 2007) ในการที่จะจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุ
 ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย และในด้านผู้ปฏิบัติการ
 พยาบาลก็ต้องได้รับความปลอดภัยในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันด้วย
 เช่นกัน จึงจะทำให้เกิดกระบวนการดูแลที่ดีมีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่พึงประสงค์ ซึ่ง
 ภาวะสับสนเฉียบพลันนี้เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์การรักษายาบาลที่ไม่ดี และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่
 สำคัญตัวหนึ่งของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Schofield, 2008) จึงเป็นประเด็นสำคัญที่
 ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องตระหนักและหาแนวทางการจัดการที่เหมาะสมต่อไป เพื่อให้
 สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและพัฒนาคุณภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

นอกจากนี้จากแผนและนโยบายยุทธศาสตร์ฉบับที่ 10 ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ
 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่าระบบบริการสุขภาพจะต้องมีคุณภาพ มีมาตรฐาน โดยให้

ผู้รับปลอดภัยและผู้ให้มีความสุข ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้บริหารการพยาบาลในฐานะผู้นำองค์การสุขภาพต้องหาแนวทางในการรักษาคุณภาพบริการ แนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล เป็นหลักการหนึ่งซึ่งผู้บริหารการพยาบาลใช้ในการควบคุมคุณภาพบริการ ซึ่งพรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) กล่าวว่าผลลัพธ์การพยาบาลเป็นตัวบ่งชี้ที่ทำให้ทราบถึงคุณภาพการดูแล ซึ่งการจัดบริการพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลลัพธ์การพยาบาล สามารถสะท้อนคุณภาพการดูแล เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการ รวมทั้งการกำหนดบทบาทของพยาบาลให้มีความเด่นชัดมากขึ้น เพื่อการสร้างสรรค์ผลลัพธ์ที่ดี (Decker and Roe, 2006) การกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมและมีคุณภาพ จะทำให้การประเมินผลการพยาบาลได้ตรงประเด็น น่าเชื่อถือ สะดวกสำหรับนำไปใช้จริง (พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549) และจะช่วยให้การดูแลติดตามเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ผลลัพธ์การพยาบาลยังเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่องค์การสุขภาพใช้เทียบเคียง และสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Krairiksh and Anthony, 2001) และการจัดบริการเพื่อให้บรรลุความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ต้องมีการกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะโรค และมีการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้อยู่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อการพยาบาล ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด (กฤษดา แสงวดี, 2547) หรือระบบการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) เป็นการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้สำหรับการพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มผู้ป่วยและทุกกลุ่มโรค (Moorhead et al., 2004) ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพเหล่านี้ยังไม่สามารถชี้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ การกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการสามารถรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548; พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ของ Moorhead et al. (2004) และแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) บูรณาการกับความคิดเห็นของ

ผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Modified Delphi technique) ซึ่งเทคนิคเดลฟายได้มีการปรับปรุงวิธีการหรือขั้นตอนการดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และลดข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในเทคนิคเดลฟายแบบดั้งเดิม ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหมาะสมในบริบทของสังคมไทย โดยเป็นแนวทางให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดใดบ้าง
2. ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน อยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

1. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. ใช้เทคนิคการวิจัยแบบของเดลฟาย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ หรือด้านวิชาการ จำนวน 20 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน ด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 6 คน และด้านการรักษา จำนวน 1 คน ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดที่ได้ไปใช้ในการประเมินคุณภาพโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน จำนวนรวมทั้งสิ้น 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 50

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม ทักษะ คุณค่า ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ของ Moorhead et al. (2004) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) โดยแบ่งตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ

1.1 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติหรือเคลื่อนไหวได้ตามศักยภาพเดิม สามารถพักผ่อนได้ในระหว่างวัน และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน หรือใน 1 วันนอนหลับได้อย่างน้อย 5 ชั่วโมง

1.2 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา (Physiologic health)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ปฏิบัติตามคำสั่งได้ จำตัวเองและบุคคลอื่นๆ ได้ ระบุสถานที่ เวลา วัน เดือน ปี เหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ที่ผ่านมาได้ ถูกต้อง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจนโดยการพูด การเขียน หรือด้วยท่าทางภาษาทางกาย เรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ได้ถูกต้อง อ่านหนังสือประโยคสั้น ๆ หรือข้อความได้และเข้าใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย หรือได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม ผิวหนังตึงและชุ่มชื้น ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล อุณหภูมิของร่างกาย จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะและอัตราการหายใจ ความดันโลหิต รวมถึงระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ Blood chemistry ต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ

1.3 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพจิตสังคม** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ไม่มีอาการประสาทหลอน สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เกิดการทำร้ายหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมความวิตกกังวล ความเครียด เชนัญปัญหาและขอรับการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.4 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ความ

เข้าใจและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

1.5 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health) หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล คือ สามารถบอกความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกสุขสบาย ความรู้สึกปวด ความรู้สึกพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้

1.6 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล (Family health) หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว การปรับตัวของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการป้องกันอันตราย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ รวมถึงความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวที่ผิดปกติ (Disturbance of consciousness) มีอาการสับสน โดยเฉพาะเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) ความใส่ใจ (Attention) และสมาธิ (Concentration) ลดลง มีความจำผิดปกติ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Recent memory) ผู้ป่วยอาจมีอาการหลง (Delusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination, Illusion) ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์ต่อตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ได้จากการวิจัยนี้ ที่ผ่านการยอมรับในระดับมาก ถึงมากที่สุด ที่จะสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพ

4. ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่มีทักษะ ความชำนาญ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

4.1 ผู้บริหารการพยาบาล หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป บริหารงานหอผู้ป่วยสูงอายุและ/หรือบริหารงานหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50

4.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.3 อาจารย์พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีผลงานการสอน ในหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 5 ปี

4.4 แพทย์เฉพาะทาง หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่มีวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีผลงานในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ อย่างน้อย 5 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับเป็นแนวทางการประเมินคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
3. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนิเทศบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
4. เป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน
5. นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
เพื่อนำมากำหนดแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่
มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นหัวข้อการนำเสนอ
ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
 - 1.2 แนวคิดและการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
 - 1.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล
 - 1.4 การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด
 - 2.1 ความหมายของตัวชี้วัด
 - 2.2 ประเภทของตัวชี้วัด
 - 2.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี
 - 2.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด
 - 2.5 วิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด
 - 2.6 การพัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย
3. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
 - 3.1 ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
 - 3.3 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน
เฉียบพลัน
4. ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

1.1 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

1.1.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาลมีความสำคัญต่อวิชาชีพการพยาบาล เนื่องจากผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแล ที่สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และชุมชน ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพการพยาบาลไว้ดังนี้

immer (1994) ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่สามารถสังเกตได้และบ่งบอกถึงความเป็นเลิศตามที่คาดหวังและต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นมาตรฐานที่นำไปสู่ความเป็นเลิศ

ศิริยากร โพธิ์ศรี (2538) ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะที่บ่งบอกความเป็นเลิศของการให้บริการที่สมบูรณ์แบบ แก่ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ศิริพร ตันติพูลวินัย (2538) กล่าวถึงความหมายของ คุณภาพการพยาบาล เป็นการดูแลได้ตามมาตรฐานและเป้าหมายของโรงพยาบาล

วิภาดา คุณาวิทิตกุล, เรมวลด นันท์สุภวัฒน์, กิ่งแก้ว เกือบเจริญ และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

กฤษดา แสงวดี และคณะ (2547) ให้ความหมายของ คุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาด และมีผลลัพธ์ที่ดีตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ป่วย/ครอบครัว และผู้ใช้บริการ

สรุป คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ปราศจากข้อผิดพลาด มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถวัดได้

1.1.2 ความหมายของผลลัพธ์

ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และการให้บริการพยาบาลจะต้องสมเหตุสมผล คุ่มค่าคุ้มทุน มีคุณภาพ ทำให้มีการปรับปรุงกระบวนการหรือวิธีการทำงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่ง Donabedian (1980) กล่าวถึง ผลลัพธ์ในระบบสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ ทัศนคติ และความรู้ของบุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ตามความเป็นจริงหรือความเป็นไปได้ ที่เป็นผลจากการดูแล

Marek (1989), Lang and Marek (1990), Jolley and Brykczynska (1992) (cited in Idvall, Rooke and Hamrin , 1997) กล่าวว่า ผลลัพธ์ เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ป่วยอันเกิดจากการพยาบาล และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

Nolan and Mock (2000) กล่าวว่า ผลลัพธ์ เป็นผลจากการดูแล หรือการวัดผล การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นทั้งด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติตามหน้าที่ ด้านการเงิน หรือการรับรู้

Quan (2006) ให้ความหมาย ผลลัพธ์ หมายถึง ผลของกระบวนการรักษา การให้ยา หรือการปฏิบัติการ ที่อธิบายถึงการตอบสนอง พฤติกรรม ความรู้สึก หรือผลของการดูแล

วิภาดา คุณาวิคติกุล (2548) ให้ความหมาย ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายของการรักษาหรือการปฏิบัติการหรือให้การดูแล

สรุปความหมายของผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการรักษา กระบวนการดูแล หรือกระบวนการปฏิบัติการ

1.1.3 ความหมายของคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์การดูแล ประเมินได้จากผลลัพธ์ผู้ป่วย (Patient Outcomes) ที่วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม หรือการรับรู้ ทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ส่วนใหญ่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2548; Johnson et al., 2006) ผลลัพธ์ผู้ป่วยมีผลต่อการกำหนดบทบาทของพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Marek, 1997)

Korniewicz and Duffy (2003) กล่าวว่า ผลลัพธ์การพยาบาลเป็นผลิตผลสุดท้ายของการพยาบาล เป็นผลลัพธ์ทางตรงจากการให้การพยาบาลหรือการปฏิบัติการพยาบาล

Moorhead et al. (2004) ให้ความหมาย ผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing outcomes) หมายถึง ผลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสถานะอาการ ทักษะคิด คุณค่า พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และชุมชน ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล

International Council of Nursing (2005) ได้กล่าวถึง ผลลัพธ์การพยาบาล ว่าเป็นผลจากการประเมิน หรือสถานะของการวิจัย การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผลจากการให้การพยาบาล

สรุปคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล หมายถึง ผลการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทักษะคิด พฤติกรรม การรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ ที่แสดงให้เห็นถึงผลของการดูแลที่ดีเลิศ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 แนวคิดและการพัฒนาคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล ถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การใช้ผลลัพธ์จากผู้ป่วย (Patient outcomes) ในการอธิบายหรือวัดการปฏิบัติการพยาบาล ไม่ได้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ พบว่าวิชาชีพการพยาบาลใช้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเชื่อมโยงกับการปฏิบัติการพยาบาล ได้เริ่มมาตั้งแต่สมัยของ Florence Nightingale ช่วงสงครามไครเมีย ปี ค.ศ. 1854 - 1856 ซึ่งใช้อัตราการเกิดโรค และอัตราการติดเชื้อมาจากแผล เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ (วิภาดา คุณาวิฑิตกุล, 2548) ในระยะต่อการประเมินผลลัพธ์มายังมุ่งเน้นผลของการรักษา จนกระทั่ง Donabedian (1980) ได้พัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพ ที่ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ช่วยให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบริการเป็นระบบมากขึ้น และใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพของระบบสุขภาพจนถึงปัจจุบัน

แนวทางการประเมินนี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการทางการแพทย์ ทำให้การศึกษาผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Medical Outcomes Study : MOS) มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ใช้เฉพาะผลลัพธ์ด้านคลินิก สู่การวัดผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการวัดผลลัพธ์ในระบบสุขภาพ ผลลัพธ์การพยาบาล และการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานของระบบข้อมูลทางการพยาบาล รวมทั้งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(Moorhead et al., 2004) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นการควบคุมคุณภาพด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อัตราการเกิด อัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน ระดับความพึงพอใจ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ , 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเหล่านี้สะท้อนถึงคุณภาพของการดูแล ซึ่งสามารถใช้ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้

Hover and Zimmer (1978) กำหนดผลลัพธ์หลัก (Core outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล โดยเน้นการวัดความรู้ของผู้ป่วย 5 ประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ความรู้ในการใช้ยา ทักษะในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการปรับตัว และสถานะสุขภาพ

Lang and Clinton (1984) กำหนดผลลัพธ์ในการประเมินผู้ป่วย 6 กลุ่ม ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและการทำงานของหน้าที่ของร่างกาย ด้านทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการใช้ทรัพยากรทางสาธารณสุข และด้านการรับรู้ต่อคุณภาพการพยาบาล

Duffy and Hoskins (2003) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ โดยกำหนดผลลัพธ์ในการประเมินการดูแลเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ได้แก่ ความพึงพอใจ ความก้าวหน้าของบุคคล ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความปลอดภัย สภาวะโรคของผู้ป่วย ความพึงพอใจ และความรู้ ด้านระบบ ได้แก่ ผลประโยชน์ แหล่งสนับสนุน ความสิ้นเปลือง การที่ผู้ป่วยกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ค่าใช้จ่าย และระยะวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

The American Nurses Association: ANA (1995) ได้พัฒนา Nursing Care Report Card สำหรับผู้ป่วยวิกฤติ พบตัวชี้วัดคุณภาพหลักทางคลินิก 21 ตัวชี้วัด ตามกรอบแนวคิดคุณภาพของ Donabedian (1980) ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับวัดคุณภาพการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง จำนวน 7 รายการ ได้แก่

- 1) อัตราบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดต่อผู้ป่วย
- 2) อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
- 3) คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ
- 4) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลทั้งหมดต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
- 5) ความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 6) การทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพ
- 7) อัตราการบาดเจ็บในงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ตัวชี้วัดกระบวนการ จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจของพยาบาล
- 2) การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติ
- 3) การจัดการความเจ็บปวด
- 4) การดูแลความสมบูรณ์ของผิวหนัง
- 5) การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย
- 6) การวางแผนจำหน่าย
- 7) การประกันสุขภาพด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
- 8) การตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็นที่ไม่มีการวางแผน

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ จำนวน 6 รายการ ได้แก่

- 1) อัตราตาย
- 2) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
- 3) อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- 4) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
- 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการพยาบาล
- 6) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย

วิภาดา คุณาวิคติกุล และคณะ (2542) ได้ศึกษาการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะอย่าง ในเวลาที่กำหนด เป็นการตรวจสอบใน 3 ลักษณะ คือ

1) การตรวจสอบโครงสร้าง (Structure audit) มุ่งเน้นสถานที่ที่ให้บริการ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เครื่องมือ ผู้ให้บริการ การจัดองค์การ นโยบาย วิธีการ และการบันทึกทางการแพทย์ มาตรฐานนี้จัดทำโดย Check list ว่ามีหรือไม่มี การตรวจสอบโครงสร้างนี้ รวมถึงความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลด้วย จากปัจจัยทั้งหมดไม่สามารถประกันได้ว่าการดูแลมีคุณภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อัตราส่วนของพยาบาลกับผู้ป่วย อัตราการขาดงาน สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับคุณภาพการพยาบาล

2) การตรวจสอบกระบวนการ (Process audit) เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงที่ดำเนินการ โดยผู้ให้บริการ รวมถึงการปฏิบัติทางจิตสังคม เช่น การสอน การเป็นที่ปรึกษา การจัดการดูแลทางด้านร่างกาย รวมทั้งกิจกรรมทางด้านทีมสหสาขาวิชา (Interdisciplinary) การตรวจสอบนี้ใช้การสังเกต การตรวจสอบรายงาน การบันทึกภายหลังให้การดูแล

3) การตรวจสอบผลลัพธ์ (Outcome audit) เป็นการตรวจสอบผลที่ได้รับจากกิจกรรมที่ให้แกผู้ป่วย โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดง ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการพยาบาล รวมทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษาการตรวจสอบนี้ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสอบถามความพึงพอใจ และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

การประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษา ประเมินโดยการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ซึ่งมีทั้งการประเมินทั่วไป และการประเมินเฉพาะ แต่ยังไม่สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะ โรคยังมีน้อยมาก (Maas, 1998; Goodsen, 2002; พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ, 2549) ทั้งที่พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลและให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรกำหนด ตั้งแต่แรก รับเข้ารับการรักษานกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะ โรค จะเป็นการประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ไวต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเฉพาะเจาะจง (Moorhead et al., 2004)

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลที่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดที่จะเป็นแนวทางการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะ โรคที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ช่วยให้มีการประเมินคุณภาพและหาแนวทางแก้ไขได้ตรงจุดมากขึ้น เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

1.3 การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นที่วิชาชีพพยาบาลต้องพัฒนาระบบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลด้วยเช่นกัน เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพได้ใช้ในการวางแผน การบริหารจัดการ และการให้บริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทันต่อการเปลี่ยนแปลงกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ และเพื่อการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนให้มีความเหมาะสมและทันเหตุการณ์ ระบบการจำแนกทางการพยาบาล เป็นจุดเริ่มของการสร้างภาษามาตรฐานหรือภาษาสากลทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารในวิชาชีพได้ตรงกัน สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลการวินิจฉัยปัญหา การทำกิจกรรม และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อการเข้าใจและการตัดสินใจทางคลินิกโดยพยาบาล เป็น

องค์ประกอบของแนวทางในการปฏิบัติ และข้อมูลจำเป็นพื้นฐานสำหรับระบบสุขภาพ การบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาวิจัย (Gordon, 1998)

ภาษามาตรฐานหรือภาษาสากลทางการพยาบาล ที่สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association: ANA) ให้การยอมรับ จำนวน 13 ภาษา มีภาษาพยาบาลสากลสำหรับการวัดผลลัพธ์การพยาบาล เพียง 4 ภาษา ได้แก่ ระบบ Omaha (Omaha system) การจำแนกการดูแลที่บ้าน (Home Health Care Classification: HHCC) การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice: ICNP) และการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) (Thede, 2003; ANA, 2006)

ระบบ Omaha (Omaha system) ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เพื่อใช้ประเมินการพยาบาลในชุมชนของเมือง Omaha, Nebraska และเครือข่ายอีก 7 แห่ง โดยได้รับการพัฒนาตลอดจากการวิจัยของ Martin and Scheet (1995) ระบบนี้บัญญัติคำศัพท์ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การค้นหาการจำแนก การบันทึก และการวิเคราะห์ สำหรับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล และนำมาจัดรูปแบบ เป็นการจำแนกปัญหา จำแนกกิจกรรมการพยาบาล และจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการควบคุมคุณภาพการพยาบาล (Thede, 2003 ; ANA, 2006)

การจำแนกการดูแลที่บ้าน (Home Healthcare Classification: HHCC) พัฒนาโดยทีมวิจัยของมหาวิทยาลัย Georgetown ซึ่งมี Saba เป็นหัวหน้าทีม ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาวิธีการประเมินและการจำแนกผู้ป่วยสำหรับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีส่วนประกอบคล้ายกับระบบ Omaha (Thede, 2003; ANA, 2006)

การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล (International Classification for Nursing Practice : ICNP) เป็นโครงการของสภาการพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurses) โดยเริ่มแผนโครงการจำแนกในปี ค.ศ. 1991 และใช้ชื่อว่า การจำแนกสากลทางการปฏิบัติการพยาบาล ในปี ค.ศ. 1996 ได้ตีพิมพ์ระบบจำแนกฉบับที่ 1 เรียกว่า ICNP - Alpha version ใช้การบันทึกปรากฏการณ์ทางการพยาบาลซึ่งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการหมุนแกนในแต่ละแกน การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลและบำบัดทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อตอบสนองต่อข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาล ปัจจุบันได้พัฒนาเป็น ICNP - Beta 1 version ซึ่งสามารถบันทึกข้อมูลได้ง่ายขึ้น และบันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2544)

ระบบการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) NOC เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล ที่พัฒนาโดยทีมนักวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวา ตั้งแต่ปี ค.ศ.1991 และให้คำนิยามของการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่า หมายถึง ภาษามาตรฐานที่อธิบายผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์จะต้องอธิบายสถานะของผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย ขณะที่เก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทำกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น NOC สามารถเชื่อมโยงกับระบบการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (The North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) และระบบจำแนกการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention Classification : NIC) ซึ่งทำให้กระบวนการพยาบาลมีความสมบูรณ์ และเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่จำเป็นทางการพยาบาล (Moorhead et al., 2004)

ผู้วิจัยมีความสนใจในการใช้กลุ่มของ NOC เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับการวิจัยนี้ เนื่องจาก NOC เป็นระบบการจำแนกด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีความชัดเจน สามารถใช้สำหรับการพยาบาลทั่วไป ทุกกลุ่มผู้ป่วยและทุกกลุ่มโรค มีความครอบคลุมองค์รวมผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวตลอดจนชุมชน ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ

ระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) เป็นภาษามาตรฐานด้านผลลัพธ์การพยาบาล มีความครอบคลุม แนวคิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Kane, 1997) และสามารถใช้ประเมินในทุกองค์การสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Moorhead et al., 2004) ทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมายคุณภาพ และมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์การพยาบาลที่มีมาตรฐานมีความจำเป็นต่อระบบข้อมูลทางคลินิก การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาสำหรับพยาบาล

การพัฒนา NOC เริ่มในปี ค.ศ. 1991 ทีมนักวิจัยได้ทำการศึกษาทั้งหมด 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษานำร่องและทดสอบระเบียบวิธีวิจัย การวางโครงสร้างของผลลัพธ์ การจัดแบ่งกลุ่มรวมทั้งการทดสอบด้านคลินิก การประเมินผล และการกลั่นกรองนำไปใช้ในคลินิก การพัฒนา NOC มีพื้นฐานงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน มีการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านความตรงของเนื้อหาและความไวในการวัดของผลลัพธ์ การจัดกลุ่มที่มีการนำไปทดสอบในการปฏิบัติจริงและพัฒนาผลลัพธ์ใหม่อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ จนถึงปัจจุบัน จำนวน 3 ครั้ง คือ ในปี ค.ศ. 1997 , ค.ศ. 2000 และ ค.ศ. 2004 มีการพัฒนารายการผลลัพธ์การพยาบาล จาก 190, 260 และ 330 รายการตามลำดับ (The University of Iowa, 2006)

การจัดกลุ่มของผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ใช้ได้ง่าย เป็นการจัดโครงสร้าง ตำแหน่งของผลลัพธ์ให้คงที่ สามารถบรรจุผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ หรือเพิ่มเติมผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน และสะดวกต่อการเลือกผลลัพธ์สำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (Moorhead et al., 2004)

กลุ่มของ NOC ได้รับการพัฒนาครั้งล่าสุด ปี ค.ศ. 2004 ประกอบด้วยผลลัพธ์การพยาบาล 7 กลุ่ม (Domains) ได้แก่

- 1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)
- 2) กลุ่มสุขภาพด้านสรีรวิทยา (Physiologic health)
- 3) กลุ่มสุขภาพด้านจิตสังคม (Psychosocial health)
- 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)
- 5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health)
- 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว (Family health)
- 7) กลุ่มสุขภาพชุมชน (Community health)

แต่ละรายการผลลัพธ์ประกอบด้วย รหัสผลลัพธ์ (code) เพื่อความสะดวกในการใช้งานทางคอมพิวเตอร์ของระบบสารสนเทศทางคลินิก ชื่อของผลลัพธ์ (labels) ความหมาย (definitions) ตัวชี้วัด (indicators) ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วย ที่ได้จากคำบอกเล่าตามการรับรู้ของผู้ป่วยหรือการประเมินของพยาบาล และมาตรวัดผลลัพธ์ (Outcome measurement scale) สำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นมาตรวัดอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) สำหรับการลงบันทึก ทั้งการจดบันทึกและทางอิเล็กทรอนิกส์ ใช้เป็นฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพ และเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลสำคัญของระบบสุขภาพ (Moorhead et al., 2004)

NOC สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย ข้อมูลจำเป็นทางการพยาบาล (Nursing Minimum Data Set: NMDS) ที่เป็นรูปธรรมสำหรับการบันทึกปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เพื่อใช้วัดคุณภาพการพยาบาลในทุกกลุ่มโรค ของผู้ป่วยทั้งในระดับโรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน และในชุมชน (Killeen, 2003; Head, Aquilino, Johnson et al., 2004; Behrenbeck, Tiimm, Griebenow et al., 2005)

ถึงแม้ว่า NOC มีความครอบคลุมผลลัพธ์การพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาดัชนีหรือรายการผลลัพธ์การพยาบาล

ของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทย ที่อาจมีความแตกต่างกับบริบทของต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มของ NOC เป็นกรอบแนวคิดสำหรับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

1.4 การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง หรือผลกระทบจากการรักษา ขั้นตอนหรือการปฏิบัติการ โดยทั่วไปในทางปฏิบัติ มักใช้อัตราการตายและอัตราการเกิดโรค ในการติดตามผลของการรักษา ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพที่ไม่เหมาะสม เพราะเน้นผลลัพธ์ทางคลินิกหรือด้านสรีรวิทยา ไม่ได้อธิบายผลที่เกิดกับด้านอื่น (Nolan and Mock, 2000) การวัดผลลัพธ์ปัจจุบัน มีหลายแนวทางที่ใช้วัดผลทางสุขภาพ รวมถึงด้านสรีรวิทยา เช่น การเต้นของหัวใจ น้ำหนัก ด้านจิตสังคม เช่น ทักษะคิด อารมณ์ พฤติกรรม เช่น การต่อต้าน การงู้อใจ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน ด้านคุณภาพชีวิต เช่น ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี การควบคุมอาการ ด้านความรู้ เช่น การใช้ยา อาหาร และความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (Moorhead et al., 2004) ด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Houston and Miller, 1997)

Hegyvary (1991) ได้กล่าวถึง กระประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สะท้อนถึงมุมมองต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ว่ามีวัตถุประสงค์ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านคลินิกในการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา
- 2) ด้านการปฏิบัติการดูแล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น
- 3) ด้านการเงิน เพื่อบรรลุการจัดทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) ด้านการรับรู้ในการตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วย

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ได้กล่าวถึง วัตถุประสงค์การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล มุ่งเน้นผลของการปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย อย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย ใช้ตรวจสอบความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ที่สามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาสาเหตุ แก้ไขปัญหาได้ทันที และมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการดูแล มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมีความสำคัญ ในการช่วยประเมินผลของการใช้วิธีการพยาบาลต่าง ๆ ว่าผลการพยาบาลเป็นอย่างไร ช่วยในการเปรียบเทียบวิธีการพยาบาล เพื่อประโยชน์ต่อการตัดสินใจ เลือกวิธีที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยในการยืนยันคุณภาพทางการพยาบาล สามารถบอกถึงผลกระทบของการพยาบาลต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย ต่อองค์การหรือ

หน่วยงาน เช่น ต้นทุน ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ นอกจากนี้ทำให้ทราบว่าควรพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเรื่องใดบ้าง

การประเมินผลลัพท์การพยาบาล ในปัจจุบันใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในการประเมิน ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลมักพิจารณาตามลักษณะของสถานให้บริการเป็นส่วนใหญ่ และเป็นตัวชี้วัดกลาง ๆ เช่น การติดเชื่อในโรงพยาบาล การปลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น ตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่สามารถใช้ประเมินคุณภาพได้อย่างครอบคลุมในผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาทิเช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ การพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะและสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย จะทำให้มีการประเมินคุณภาพและแนวทางแก้ไขได้ตรงจุดมากขึ้น

ตัวชี้วัด (Indicators) ด้านผลลัพท์การพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงแนวทางหรือเป้าหมายในการปฏิบัติงาน สามารถใช้เป็นเกณฑ์กำหนดในการประเมินคุณภาพการพยาบาล และเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดให้มีความเฉพาะและสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก และมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นนั้น จะทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และก่อให้เกิดผลลัพท์การพยาบาลที่มีคุณภาพตอบสนองเป้าหมายของหน่วยงาน และเป้าหมายขององค์กร

2. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาตัวชี้วัด

2.1 ความหมายของตัวชี้วัด (Indicator)

จากคำภาษาอังกฤษ “Indicator” ซึ่งมีผู้นำมาใช้ในภาษาไทย โดยใช้คำที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ตัวชี้วัด ตัวบ่งชี้ เครื่องชี้วัด ดัชนี หรือครรชนี แต่อย่างไรก็ตามความหมายของตัวชี้วัดที่มีการอธิบายไว้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้ จึงมีผู้ให้ความหมายของคำว่า ดัชนี ตัวบ่งชี้ และตัวชี้วัดไว้ในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

Webster’s online dictionary (2006) ให้ความหมาย ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง สิ่งที่ชี้บอก หรือชี้ให้เห็นสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างแม่นยำไม่มากก็น้อย

ศักดิ์ชาย เพชรช่วย (2541) ได้กล่าวไว้ว่า ตัวบ่งชี้ หมายถึง สารสนเทศที่บ่งบอก สภาพการณ์ หรือสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ซึ่งสารสนเทศดังกล่าวอยู่ในรูปของค่าที่สังเกตได้ เป็นตัวเลข ข้อความ องค์กรประกอบ ตัวแปร หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงใด ช่วงหนึ่ง โดยการนำตัวแปรหรือข้อเท็จจริงมาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่า ซึ่งสามารถที่จะชี้ให้เห็น ถึงสภาพการณ์การดำเนินงานที่ต้องการศึกษา เมื่อเทียบกับเกณฑ์และมาตรฐานที่ตั้งไว้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชิตต์ย์, ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2543) ให้ความหมาย เครื่องชี้วัด ไว้ว่าเป็นเครื่องมือในการวัดหรือการประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง ที่สามารถ ประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการที่ให้การดูแล และกระบวนการย่อยๆ หรือผลลัพธ์ย่อยๆ ที่ เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการหลัก อาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการในการประเมินคุณภาพที่จุดใดจุด หนึ่งของความต่อเนื่องระหว่างกระบวนการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Process-outcome continuum)

ศิริชัย กาญจนวาสิ (2546) ให้ความหมาย ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือ ค่าที่สังเกตได้ ซึ่งใช้บ่งบอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน หรือผลการดำเนินงาน

กฤษดา แสงดี (2547) ให้ความหมาย ตัวชี้วัดว่า หมายถึง สิ่งที่ใช้สะท้อนถึง คุณสมบัติของวัตถุ สิ่งของ คน หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ต้องการวัดตามกฎเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงปริมาณในการกำหนดค่าเป็นตัวเลข หรือสัญลักษณ์ที่มีความหมายแทน คุณลักษณะของสิ่งที่วัด

บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2550) ให้ความหมายเครื่องชี้วัดว่า หมายถึง ค่าที่สังเกตได้เพื่อนำมาใช้บ่งชี้สถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงานหรือผลการดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ (Results) ซึ่งเป็นสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายขององค์กร

สรุป ตัวชี้วัด หมายถึง สารสนเทศในรูปของข้อความ ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าที่สังเกตได้ ใช้บ่งบอกสถานภาพหรือสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐานที่ตั้งไว้ เพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาด หรือความรุนแรงของปัญหา หรือสถานภาพที่ ต้องการประเมินคุณภาพ ใช้เป็นเครื่องมือที่สามารถวัดหรือประเมินคุณภาพการพยาบาลทั้งด้าน ผลลัพธ์ และกระบวนการให้การดูแล

2.2 ประเภทของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดมีหลายประเภท ขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้ในการจำแนก มีนักวิชาการหลายท่าน แบ่งประเภทตัวชี้วัด ไว้ดังนี้

Johnstone (1981) ได้จำแนกประเภทตัวชี้วัด เป็น 2 ประเภท คือ

1) จำแนกโดยใช้ตัวแปรต่างๆ ที่นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ได้แก่

(1) ตัววัดตัวแทน (Representative indicators) เป็นตัวชี้วัดที่มีลักษณะง่ายที่สุด ซึ่งใช้ในการวิจัย การบริหารและการวางแผน โดยเลือกตัวแปรเพียงตัวเดียวมาสะท้อนแง่มุมของระบบ

(2) ตัวชี้วัดเดี่ยว (Disaggregative indicators) ตัวชี้วัดประเภทนี้ไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากมีความยุ่งยากและมีความละเอียดในการจัดทำ เนื่องจากการนำข้อมูลมาแยกเป็นส่วนๆ ต้องอาศัยคำนิยามของแต่ละตัวแปรในการอธิบายแต่ละส่วนหรือแต่ละองค์ประกอบของระบบ

(3) ตัวชี้วัดรวม (Composite indicators) เป็นการรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ค่าที่ได้ของตัวชี้วัดนี้จึงเป็นค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่นำมารวมกัน เป็นที่ยอมรับมากกว่าตัวชี้วัดที่มาจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

2) แบ่งตัวชี้วัดโดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงระบบ (System analysis theory) ออกเป็น 3 ประเภท คือ ตัวชี้วัดปัจจัย ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัดผลผลิต ดังนี้

(1) ตัวชี้วัดปัจจัย (Input indicators) บ่งชี้ถึงปัจจัยของระบบ เช่น ด้านทรัพยากร หรือ ความต้องการที่มีต่อระบบ

(2) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) บ่งชี้ถึงกระบวนการจัดของระบบ

(3) ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators) บ่งชี้ถึงสภาพของผลิตผลที่ระบบได้ผลิตออกมา ทั้งด้านปริมาณและระดับของผลผลิต

สมเกียรติ โทธิสัจย์ (2541) ได้แบ่งชนิดของตัวชี้วัดเป็น 4 ประเภท ดังนี้ คือ

1) ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure indicators) เป็นตัวชี้วัดด้านคุณภาพของ Input หรือ Resource ที่ใช้ในองค์กร เพื่อให้เกิดการรักษา หรือการบริการขององค์กร อาจเป็นด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ หรืออาคารสถานที่

2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดกิจกรรมหรืองานต่อเนื่องที่อยู่ในกระบวนการที่ทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและนำผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome indicators) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการ รวมถึงครอบครัวและชุมชน อันเป็นผลจากกระบวนการดูแล มีดังนี้คือ

(1) ผลลัพธ์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง (Disease-specific outcome) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ต่อ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันที จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ของแผลผ่าตัดต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด

(2) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวม (General health outcome) ใช้วัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยหรือประชาชน การดำรงชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้ภายหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 3 เดือน ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด

(3) ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตามของผู้ป่วย (Patient performance outcome) เป็น การวัดความรู้ ความเข้าใจในโรคต่างๆ และสิ่งที่ทำให้มีสุขภาพดี รวมทั้งความสามารถในการดูแล ตนเองและเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี เช่น ผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่หลังการผ่าตัดหลอดเลือด หัวใจต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจที่เคยสูบบุหรี่

4) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction outcome) เป็นการวัด ความพึงพอใจของผู้รับบริการในด้านต่างๆ ทั้งผลการรักษาและสิ่งเด่นชัดอื่นๆ เช่น ความสะอาด ความสะดวก ระยะเวลาในการรอคอย การได้รับข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เนื่องจากสามารถสะท้อนถึงผลการ ดูแลผู้ป่วย ที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่มีความครอบคลุม นอกจากนี้ยังเป็นตัวกำกับสถานะการ เปลี่ยนแปลง ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลจะแสดงสัญญาณเตือนให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ ดำเนินงานพยาบาล

2.3 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี

จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาโดยการรวบรวมข้อคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ตัวชี้วัดที่ดีควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) สะท้อนถึงพันธกิจ กระบวนการหลักในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ และการดูแล รักษาผู้ป่วย

2) สะท้อนมุมมอง ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และ ผู้บริหารรวมถึงเกี่ยวเนื่องกับนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

3) มีความถูกต้อง (Valid) มีความน่าเชื่อถือ (Reliable) และมีความไวในการตรวจหาความเปลี่ยนแปลง (Responsive) สามารถอ้างอิงได้ตามหลักวิชาการและมาตรฐานคุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ

4) ได้จากข้อมูลที่โรงพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอที่จะเก็บได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ สามารถวิเคราะห์และนำเสนอสารสนเทศที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้ ไม่เป็นภาระในการเก็บและประมวลผล

5) ประกอบเป็นชุดตัวชี้วัดครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการบริการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อให้พิจารณาคุณภาพของโรงพยาบาลได้ในภาพรวม และนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

กฤษฎา แสงดี (2547) กล่าวถึง คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี ประกอบด้วย

- 1) มีความตรง (Validity) คือ สามารถวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัด
- 2) มีความเฉพาะเจาะจง (Specificity) คือ ตัวชี้วัด จะเปลี่ยนแปลงแต่เฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรโดยตรงเท่านั้น
- 3) สามารถสะท้อนสภาพที่แท้จริงของสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างครบถ้วน (Completeness)
- 4) มีความเชื่อถือได้ (Reliability) หมายถึง ค่าที่ได้จากการวัดในสิ่งเดียวกัน ควรมีค่าเท่ากันทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ไม่ว่าจะวัดโดยใครจะเป็นคนวัด
- 5) มีความไว (Sensitivity) หมายถึง ตัวชี้วัดนั้นสามารถแสดงความแตกต่างได้ แม้สถานการณ์ที่วัดจะเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อย
- 6) สามารถเก็บข้อมูลได้ง่าย โดยมีค่าใช้จ่ายต่ำ หรือไม่แพงเกินไป
- 7) เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ทุกคนที่เกี่ยวข้องในนิยามเดียวกัน (Acceptability)
- 8) เก็บข้อมูลวิเคราะห์ประมวลผลได้ง่าย (Affordability)

พรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ (2549) กล่าวถึงหลักการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ที่ควรพิจารณา 5 ประเด็น คือ

- 1) ปัจจัยเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์
- 2) ตัวชี้วัดที่ไวต่อผลของการพยาบาล (Nursing-sensitive quality indicators) คือตัวบ่งชี้ที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพยาบาลมากที่สุด ซึ่งจะไวพอต่อการบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล

3) ตัวชี้วัดต้องมีคุณภาพในการวัด ทั้งด้านความตรง ความเที่ยง และความไว สามารถสะท้อนการมีคุณภาพของการพยาบาลได้จริง

4) ตัวชี้วัดทางการพยาบาล นอกจากพิจารณาผลลัพธ์ทางการรักษาแล้ว ยังต้องครอบคลุมถึง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การจัดการกับอาการต่างๆ รวมทั้งการบรรเทาความเจ็บป่วยทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง

5) การกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพ เนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละรายการ จะใช้เวลาในการสัมฤทธิ์ผลต่างกัน

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงควรเป็นตัวชี้วัดที่วัดต่อผลการปฏิบัติการพยาบาล มีคุณภาพทั้งด้านความตรง ความเที่ยง ความไว และสะดวกในการนำไปใช้ สะท้อนถึงพันธกิจในการดูแลรักษา ตลอดจนความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล

2.4 ประโยชน์ของตัวชี้วัด

สมเกียรติ โภชิสต์ย์ (2541) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของตัวชี้วัดไว้ดังนี้

1) เป็นเครื่องมือในการติดตามคุณภาพของการรักษาพยาบาลและการบริการ ช่วยทำให้สามารถธำรงรักษาระบบให้มีความสม่ำเสมอ ไม่แปรปรวน

2) ใช้เป็นตัวบ่งบอกให้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ค่าของตัวชี้วัดว่ามีความเหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากร กระบวนการที่ใช้หรือไม่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กรหรือไม่ สมควรที่จะพัฒนาปรับปรุง เปลี่ยนแปลงอย่างไร

2.5 วิธีการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด

วิธีการสร้างและการพัฒนาตัวชี้วัดมีหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่จะพิจารณาหลักเกณฑ์ เพื่อการตัดสินใจใน 5 ประเด็น (Johnstone, 1981) ดังนี้

2.5.1 การกำหนดนิยามตัวชี้วัด วิธีการกำหนดนิยามตัวชี้วัด จำแนกออกได้เป็น 3 วิธีการ ได้แก่

1) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงปฏิบัติการ การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี วิธีแรก คือการสร้างตัวชี้วัดในลักษณะที่เป็นตัวแทน (Representative indicator) โดยการเลือกตัวแปรที่มีอยู่มาใช้ ส่วนวิธีที่สอง คือ การสร้างตัวชี้วัดรวม โดยการนำเอาตัวแปร

จำนวนหนึ่งมารวมกันหรือผสมกัน โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กัน แต่อาจไม่มีการกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวชี้วัดแต่ละตัว การรวมตัวแปรแบบนี้มักกำหนดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในงานเฉพาะอย่าง ซึ่งอาจมีความลำเอียงได้ ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เลือกหรือจัดกลุ่มตัวแปร

2) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงทฤษฎี การสร้างตัวชี้วัดประเภทนี้เป็นการสร้างโดยอิงผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการคือ การรวมตัวแปรจำนวนหนึ่งเข้าด้วยกันโดยวิธีการทางเลขคณิต ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นจะถูกเลือกมาตามลำดับความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กัน โดยกำหนดค่าน้ำหนักให้กับตัวแปรแต่ละตัว โดยอาศัยฐานแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ และสังเคราะห์ขึ้นเป็นตัวชี้วัด ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลน้อย แต่มีข้อเสียคือ เป็นความคิดของคนเพียงกลุ่มเดียว

3) การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยการนิยามเชิงประจักษ์ วิธีนี้คล้ายกับวิธีที่สอง มีส่วนที่ต่างกัน คือ ในการสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยทฤษฎี ในการเลือกกำหนดน้ำหนักนั้นกำหนดจากลำดับความสำคัญ แต่การสร้างตัวชี้วัดโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นการกำหนดน้ำหนักจากการวิเคราะห์ข้อมูลชุดหนึ่ง และดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยวิธีการทางสถิติ แล้วนำผลการวิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปร ซึ่งวิธีการนี้มีข้อดีคือ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ แต่ใช้เวลามาก และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

2.5.2 การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา

การคัดเลือกตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของสิ่งที่มุ่งศึกษา จะต้องนำตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมารวมกันสร้างเป็นตัวชี้วัด ด้วยการระบุคุณลักษณะของสิ่งที่มุ่งศึกษาอย่างชัดเจน โดยอาศัยข้อเสนอทางทฤษฎี เอกสารต่างๆ หรือการลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงจำนวนตัวแปรที่มากเพราะอาจทำให้สิ่งที่มุ่งศึกษามีความซับซ้อนและยากในการแปลความหมาย หลังจากนั้นเลือกตัวแปรให้ครอบคลุมในแต่ละคุณลักษณะ หลีกเลี่ยงตัวแปรหลายตัวที่มุ่งวัดคุณลักษณะเดียวกันและตัวแปรที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัดมาก

2.5.3 การกำหนดวิธีรวมตัวแปร

วิธีการรวมตัวแปรเพื่อสร้างตัวชี้วัด โดยทั่วไปมักใช้ 2 วิธี คือ การรวมทางพีชคณิต และการรวมแบบทวิคูณ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นและวัตถุประสงค์การใช้แตกต่างกัน การรวมทางพีชคณิตมีข้อตกลงเบื้องต้น คือ ความสำคัญของแต่ละตัวแปรสามารถทดแทนหรือชดเชยกันได้ และมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ไม่ว่าเรื่องที่กำลังศึกษานั้นมีความแตกต่างกันกี่หน่วย ส่วนการรวมแบบทวิคูณนั้น การเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหนึ่งตั้งบนพื้นฐานของตัวแปรอีกตัวหนึ่งไม่อาจทดแทนหรือชดเชยกันได้ การรวมตัวแปรด้วยวิธีการนี้มักใช้เมื่อต้องการเปรียบเทียบระบบตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ว่าระบบหนึ่งมีค่าตัวชี้วัดสูงกว่าอีกระบบหนึ่งอยู่ที่เท่า

2.5.4 การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร

การกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปร สามารถทำได้ 2 วิธี คือ กำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรให้เท่ากัน และให้ต่างกัน อาจใช้วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgement) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น หรือวิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) วิธีการพิจารณาตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert judgement) เป็นการพิจารณาลงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการศึกษานั้นๆ ซึ่งอาจเป็นนักวิจัยหรือนักวางแผนที่เกี่ยวข้อง โดยให้สมาชิกแต่ละคนเสนอค่าน้ำหนักของตัวแปร แล้วพิจารณาหาข้อยุติด้วยการใช้ค่าเฉลี่ยหรือการอภิปรายลงความเห็นหรือใช้แบบสอบถาม เพื่อหาค่าร้อยละที่ผู้ตอบเห็นด้วยกับน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรที่ระบุ นอกจากนี้อาจใช้วิธีการที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิค เดลฟาย (Delphi technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องเผชิญหน้ากัน แล้วจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวแปรต่อไป

2) วิธีวัดความสำคัญของตัวแปร (Measure effort required) โดยพิจารณาจากเวลา (Time taken) หรือค่าใช้จ่าย (Cost) ของการกระทำกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนั้น วิธีการนี้ถ้าวเวลาหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างสำหรับตัวแปรหนึ่งมากกว่าอีกตัวหนึ่ง ตัวแปรนั้นควรมีน้ำหนักความสำคัญมากกว่าหรือน้อยกว่าอีกตัวแปรหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษานั้นๆ

3) วิธีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) เป็นการใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรแต่ละตัว โดยอาจใช้หลักการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) การวิเคราะห์จำแนก (Discriminal analysis) หรือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical correlation analysis) วิธีการกำหนดน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่า ควรใช้วิธีการใดจึงจะมีความเหมาะสมมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นกับองค์ประกอบในการพิจารณา

2.5.5 การตรวจสอบคุณภาพของตัวชี้วัด

มีหลักการกว้างๆ 2 ประการ คือ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี และการตรวจสอบด้วยวิธีการทางสถิติ การตรวจสอบคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจน มีคุณภาพและมีนิยามเชิงปฏิบัติการที่ถูกต้อง สอดคล้องกับเป้าหมายในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ รวมถึงลักษณะ ประเภท และระดับของการวัด กรอบแนวคิดในการเลือกตัว

แปร และการสร้างโมเดลหรือการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพและได้ตัวชี้วัดที่มีความตรงภายในมากขึ้น

2.6 การพัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย

การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคการทำนายเหตุการณ์ หรือความเป็นไปได้ในอนาคต ซึ่งเทคนิคเดลฟายเป็นการระดมความคิดเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อประกอบการกำหนดรูปแบบ นโยบาย หรือมาตรฐาน โดยใช้ข้อมูล และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยที่ต้องการศึกษา (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2550) ปัจจุบันเทคนิคเดลฟายมิได้จำกัดอยู่แค่การวิจัยเชิงอนาคตเท่านั้น แต่เป็นเทคนิคการทำนายที่ได้รับค่านิยมอย่างมากในเกือบจะทุกวงการไม่ว่าจะด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่นๆ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2550) ดังเช่นนำไปใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร บทบาทของบุคลากร การประเมินผล (คิลก บุญเรืองรอด, 2530 อ่างถึงโน ชัชพล บุญเต็ม, 2543) หรือ มีการนำเทคนิคเดลฟายมาใช้ในการวางนโยบายการสร้างเมือง ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การแก้ปัญหาและข้อขัดแย้งในสังคม เป็นต้น (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2550)

2.6.1 ความหมายและวิธีการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย หมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคต ที่กระจัดกระจายให้สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมีระบบ มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากที่สุด ซึ่งจะนำไปตัดสินใจในเรื่องใดเรื่อง (ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530 ; ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2550) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระไม่ต้องเผชิญหน้ากัน ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย

2.6.2 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1) กำหนดปัญหาที่จะศึกษา ปัญหาที่จะวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องแน่นอน และสามารถวิจัยปัญหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ เป็นผู้ตัดสินใจ ประเด็นปัญหาควรจะไปสู่การวางแผนนโยบายหรือคาดการณ์ในอนาคต

2) การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ความสามารถ ความร่วมมือ และจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์และความเข้าใจในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจึงต้องชัดเจนและเหมาะสม

(2) ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความยินดี เต็มใจ ตั้งใจและสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ

(3) จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นกับลักษณะกลุ่มและประเด็นที่ศึกษา ในการศึกษาของ Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28) เกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคเดลฟาย พบว่าหากมีผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยลงมาก จำนวนผู้เชี่ยวชาญจึงไม่ควรต่ำกว่า 17 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การลดลงของความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงความคลาดเคลื่อนที่ลดลง	ขนาดความคลาดเคลื่อนลดลง
1-5	1.20 - 0.70	0.50
5-9	0.70 - 0.58	0.12
9-13	0.58 - 0.54	0.04
13-17	0.54 - 0.50	0.04
17-21	0.50 - 0.48	0.02
21-25	0.48 - 0.46	0.02
25-29	0.46 - 0.44	0.02

ที่มา : Macmillan (1977 อ้างถึงในเกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอย่างน้อย 3 รอบ ในแต่ละรอบจะมีความเฉพาะ ดังนี้

รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิดและถามอย่างกว้าง ๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่จะวิจัย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคน ในรอบแรก นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนออก และรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน ใช้ข้อความที่ครอบคลุมรายการข้อมูลทั้งหมด โดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ สร้างเป็นแบบสอบถาม ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อในรูปแบบมาตราส่วนแบบ Likert scale พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยของข้อคำถามและละข้อในตอนท้าย และถ้ามีข้อคำถามไม่ชัดเจน หรือมีความคิดเห็นว่าการแก้ไขสำนวน สามารถเขียนคำแนะนำได้

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบในแต่ละข้อ หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยใช้ข้อความเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามฉบับที่ 3 แล้วส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น ๆ ตอบอีกครั้ง โดยผู้เชี่ยวชาญจะเห็นความเหมือนและแตกต่างระหว่างคำตอบ มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ โดยเขียนเหตุผลสั้น ๆ ในตอนท้ายของแต่ละข้อ แบบสอบถามในรอบนี้จะส่งให้เฉพาะผู้ที่ตอบและส่งคืนแบบสอบถามรอบที่ 2 เท่านั้น

รอบที่ 4 ผู้วิจัยทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 แล้วส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ทบทวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปอาจไม่ต้องทำขั้นตอนนี้ เนื่องจากความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก ผลที่ได้รอบสุดท้ายนี้เป็นผลสรุปของการวิจัย

สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมขึ้นกับจุดมุ่งหมาย เวลา และงบประมาณของการวิจัย การที่จะหยุดที่รอบใดรอบหนึ่ง ควรพิจารณาคำตอบที่ได้ในแต่ละรอบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันและครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอหรือไม่ ซึ่ง Murry and Hammons (1995) ระบุว่าแบบสอบถามรอบถัดไปในการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติได้ เมื่อได้รับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 จึงยุติการส่งรอบถัดไป แต่หากรอบที่ 3 ยังมีความเห็นที่แตกต่างกันมากกว่าร้อยละ 20 ผู้วิจัยต้องสร้างแบบสอบถามรอบที่ 4 โดยทำเช่นเดียวกับรอบที่ 3 และใส่ความเห็นที่คำนวณได้จากการตอบรอบที่ 3

4) การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามทุกรอบ ที่ผู้เชี่ยวชาญต้องตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ ในการเข้าร่วมการวิจัยเทคนิคเดลฟายมักเกิดปัญหาในรอบที่ 2 และรอบถัดไป นอกจากนี้การเว้นระยะในการส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ควรทิ้งระยะนานเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ และควรทวงถาม หากนานกว่านี้อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิด ผู้ตอบลืม

เหตุผลที่ตอบในรอบที่ผ่านมา หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้ไม่แน่ใจในคำตอบ หรืออาจหมดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถามได้ (ทองสง่า ผ่องแผ้ว, 2548)

เมื่อได้ข้อมูลมาครบถ้วน ผู้วิจัยควรมีความรอบคอบในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับในแต่ละรอบ และให้ความสำคัญกับคำตอบที่ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน วางตัวเป็นกลาง ไม่ลำเอียง หรือนำความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปพิจารณาตัดสิน เพราะจะทำให้ผลของการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ได้แก่ สถิติที่ใช้วัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central tendency) ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และสถิติการกระจาย ได้แก่ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

2.6.3 การพิจารณาใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัย

การเลือกใช้เทคนิคเดลฟายในการวิจัย ต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของการวิจัยเทคนิคนี้ (Linstone and Turroff, 1975) อาทิเช่น ความเป็นนิรนาม การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกิริยาย้อนกลับ การพิจารณาปฏิกิริยาตอบสนองเชิงสถิติ และไม่มีข้อจำกัด

1) ความเป็นนิรนาม (Anonymity) หมายถึง การที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ทราบใครบ้างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มและไม่ทราบความคิดเห็นในประเด็นที่ศึกษาของผู้อื่น จึงไม่เกิดการถูกครอบงำทางความคิดหรือการคล้อยตามความคิดเห็นจากผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เหนือกว่า หรือวิธีการแสดงออกที่เหนือว่า ทำให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน ได้นำหนักที่เท่าเทียมกันและมีอิสระในความคิดของตนเอง

2) การถามย้ำคำตอบที่ควบคุมปฏิกิริยาย้อนกลับ (Interaction with controlled feedback) เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ประกอบด้วยการถามย้ำแบบคำถาม ใช้ข้อมูลซึ่งควบคุมปฏิกิริยาย้อนกลับของผู้ตอบได้ และถามด้วยแบบสอบถามเดิมต่อเนื่องกันไป ข้อดีคือผู้เชี่ยวชาญสามารถทบทวน ถลันกรองคำตอบทุกขั้นตอนอย่างละเอียด และแก้ไขคำตอบใหม่เพื่อสนับสนุนหรือขัดแย้งกับความสอดคล้องของกลุ่มได้ ปฏิกิริยาย้อนกลับจากกลุ่มจะสามารถชักจูงให้ผู้ตอบกลับมาพิจารณาคำตอบที่ตอบไปแล้วใหม่ ทำให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่อง หรือสิ่งที่มองข้ามไปในการพิจารณาครั้งก่อน

3) การพิจารณาปฏิกิริยาตอบสนองเชิงสถิติ (Statistical group response) ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการวิจัย จะต้องตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยกำหนดทุกขั้นตอน คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม จะทำให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scales) แล้วแต่ความเหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้เลือกแบบ Likert scale ตั้งแต่ 5 ถึง 1

หมายถึง ระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ เพื่อหาค่ามัธยฐาน และฐานนิยม ที่แสดงถึงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนนั้นมีความสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มมากน้อยเพียงไร และระบุในแบบสอบถามรอบถัดไป การใช้วิธีการทางสถิติเข้าช่วยในการจัดกระทำกับคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยลดการกระจายของคำตอบของกลุ่ม และยังเป็นการยืนยันความคิดเห็นในคำตอบรอบสุดท้ายของทั้งกลุ่มเป็นตัวแทนความคิดเห็นของสมาชิกทั้งหมดในกลุ่ม

4) ไม่มีข้อจำกัด ทั้งในจำนวนผู้เชี่ยวชาญ สถาปนามิศาสตร์หรือเวลาเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนการดำเนินการไม่ยากนัก ได้ผลรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

สรุปในการสร้างตัวชี้วัดทางการพยาบาลนี้ ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัวว่าควรใช้วิธีการใด เพราะมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาหลายประการ เช่น ประโยชน์ในการนำไปใช้ ลักษณะของตัวแปรที่นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งในบางครั้งอาจใช้หลายวิธีผสมกัน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และจากข้อจำกัดในเรื่องของเวลา งบประมาณ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการศึกษาและสร้างตัวชี้วัดตามหลักการนิยามเชิงทฤษฎี โดยการทบทวนทฤษฎี เอกสารต่างๆ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Modified Delphi Technique) เพื่อสำรวจหาฉันทมติจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ หาค่าน้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และความสอดคล้องในความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) การคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

2) การคัดเลือกตัวชี้วัด เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในบริบทของสังคมไทย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Modified Delphi Technique) ซึ่งจะได้น้ำหนักความสำคัญและความสอดคล้องในความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในงานนี้ พร้อมทั้งศึกษาหาความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ศึกษาได้ไปใช้

3. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

3.1 ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ

3.1.1 คำนิยาม

อาการสับสนไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกเนื่องจากความผิดปกติของสมอง มีชื่อที่ใช้เรียกต่างๆ กัน เช่น Delirium, Acute confusion, Acute confusional states, Acute psycho organic syndrome, Acute organic reaction, Acute organic syndrome, Acute brain failure เป็นต้น

Lipowski (1980 cited in Stanley, 1995) ให้คำนิยามภาวะสับสนเฉียบพลันว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันแต่ชั่วคราว อันเนื่องมาจากความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (Global cognitive impairment) โดยเกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้สูญเสียความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม เช่น การใช้เหตุผล การปฏิบัติตามคำสั่ง ความใส่ใจและสมาธิลดลง ไม่สามารถสนทนาต่อเนื่อง ความคิดสับสนไม่ปะติดปะต่อ และระดับความรู้สึกตัวลดลง

Wakefield et al. (2001) และ Stanley, Blair and Beare (2005) ได้กล่าวถึงภาวะสับสนเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่อันตรายและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว และบกพร่องในด้านสติปัญญาอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถรับรู้ความหมายของสิ่งกระตุ้น แปลสิ่งกระตุ้นผิด ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน มีความผิดปกติของสมองในการให้เหตุผล ทำตามคำสั่งไม่ได้ ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ หลงลืมความจำปัจจุบัน วงจรการนอนหลับผิดปกติ การพูดและการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการใน 1 วันเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน จะมีอาการรุนแรงตอนกลางคืน เกิดในช่วงเวลาสั้นใช้เวลาหลายชั่วโมงถึงน้อยกว่า 1 เดือน สามารถหายกลับเป็นปกติได้

สรุปได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ความผิดปกติของความรู้สึกตัวและบกพร่องในด้านสติปัญญาอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การรู้คิดหรือการรับรู้ผิดปกติ ขาดสมาธิ ความตั้งใจ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเฉียบพลันแต่ชั่วคราว สามารถหายกลับเป็นปกติได้

3.1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางด้านกายภาพ

ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Foreman, 1986; Tess, 1991; Tueth and Cheong, 1993; Kane and Kurlowicz, 1994; Matthiesen et al., 1994; Rosen, 1994; Menten, 1995; Kelley, 1996) 1) ปัจจัยทางด้านกายภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสมอง ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ความผิดปกติของปอด การติดเชื้อ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ภาวะพิษจากยา ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การหยุดยาคะทันหัน หรือหยุดตี้มแอลกอฮอล์กะทันหัน การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะขาดน้ำ ระบบควบคุมอุณหภูมิไม่คงที่ และความเครียด 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนเพลีย ความปวด และความโศกเศร้า 3) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จากการถูกผูกยึด การคาสาขสวณปีสสวระ การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเดิม (predisposing) ที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ กระบวนการสูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ความบกพร่องของการรับรู้รู้สึก เช่น สายตาไม่ดี หูตึง มีประวัติสมองเสื่อม มีโรคประจำตัวหลายโรค กระดูกหัก การทำผ่าตัด และปัญหาการขับถ่ายปีสสวระ และ/หรือ อุจจาระ

3.1.3 อาการแสดงทางคลินิก

อาการแสดงก่อนที่จะเกิดภาวะสับสนมักไม่ชัดเจน และมีความแตกต่างกันได้มาก ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทางกาย ทำให้เกิดความเข้าใจผิด รวมทั้งความเชื่อที่ว่าอาการสับสนที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการจะดีขึ้นเมื่อได้เปลี่ยนกลับไปอยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมเดิม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า อย่างไรก็ตาม การให้ความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้สังเกตอาการผิดปกติได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนได้ตั้งแต่ระยะแรก ๆ

ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีอาการแบบเฉียบพลันใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือ 2-3 วัน การศึกษาในผู้ป่วยอายุเกิน 65 ปี ในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาของการมีอาการประมาณ 19-21 วัน แต่บางคนอาจนานถึง 3 เดือน (Byrne, 1997:177 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ , 2547) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเตือนก่อน เช่น สมาธิไม่ดี คิดซ้ำ หงุดหงิด กระสับกระส่าย และวิตกกังวล ไรต่อแสงและเสียง นอนไม่หลับ ฝันร้าย อ่อนเพลีย ซึม บ่นว่าหลงลืม หลังจากนั้นจึงเกิดอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Foreman et al, 2001) โดยมีลักษณะอาการสำคัญคือความรู้สึกตัวที่ผิดปกติ (Disturbance of consciousness) มีอาการสับสนโดยเฉพาะเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) ความสนใจ (Attention) และสมาธิ (Concentration) ลดลง มีความจำผิดปกติ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Recent memory) ผู้ป่วยอาจมีอาการหลง (Delusion) หรือประสาทหลอน (Hallucination, Illusion) ส่วนใหญ่เป็นภาพหลอนมากกว่าหูแว่ว ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงเป็นช่วง ๆ ในเวลาที่ต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะเป็นมากในเวลากลางคืน สามารถกลับเป็นปกติได้ ถ้า

สามารถวินิจฉัย ค้นหาสาเหตุและให้การรักษาสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้คือ (Lipowski, 1983: 1429; Stanley et al., 2005: 349)

1) Hyperactive form เป็นกลุ่มที่มีอาการอะอะโวยวาย ก้าวร้าว หรือมีลักษณะ วุ่นวายอยู่ตลอด เช่น ดึงสายน้ำเกลือ ผ้าปิดแผล ไชวคว้าวของในอากาศ ร้องเรียกหาคนรัก หรือปีนลง จากเตียง ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว รุ่มาตาขยาย เหงื่อแตก เป็นต้น

2) Hypoactive form เป็นกลุ่มที่มีอาการตรงข้ามกับกลุ่มแรก คือระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการง่วง ซึม หลับ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงอาจถูกมองข้ามไป เพราะมักจะเงียบ ไม่ค่อยมีพฤติกรรมเรียกร้อง แต่จะอ่อนเพลีย เหนื่อยได้ง่าย และอาจเข้าใจผิดว่า มีภาวะซึมเศร้า

3) Mixed form มีลักษณะของทั้งสองกลุ่มแรก เปลี่ยนไป เปลี่ยนมา ซึ่ง ผู้สูงอายุส่วนมาก มักมีอาการอยู่ในกลุ่มนี้

3.1.4 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

พฤติกรรมหรืออาการแสดงของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน จะคล้ายกับอาการ ของโรคสมองเสื่อม หรือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำให้มีการประเมินอาการผิด คิดว่าเป็น อาการสับสนที่เป็นอาการปกติของผู้สูงอายุ ร่วมกับการตรวจที่ไม่ละเอียดพอ และขาดความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาแต่แรกจะเกิดการบกพร่องของสมองที่ รุนแรงขึ้น จนเรื้อรังและเกิดสมองเสื่อมได้เนื่องจากพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นในการประเมินสภาพภาวะสับสน ต้องระลึกร่วมว่าภาวะนี้มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน จึงต้องอาศัยการซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแล ประกอบกับการสังเกตอาการของผู้ป่วย รวมทั้ง ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การซักประวัติเพื่อให้ทราบถึงสภาพเดิมของหน้าที่สมอง และอาการทาง สมองที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งระยะเริ่มต้นและช่วงเวลาที่เกิดอาการ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ต่างๆ

2) การตรวจร่างกาย และการตรวจทางระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความจำ ความใส่ใจ ซึ่งมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น Mini Mental State Examination (MMSE), Confusion Assessment Method (CAM), The NEECHAM confusion scale, Delirium Rating Scale (DRS), Thai Delirium Rating Scale (TDRS)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด ดูหน้าที่ตับ หน้าที่ไต ระดับน้ำตาล อิเล็กโตรลิต์ ตรวจปัสสาวะ การเอ็กซเรย์ และการตรวจอื่นๆ ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย การป้องกันและการดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ (Stanley et al., 2005)

1) ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการสับสนเฉียบพลัน ให้มีเหลือน้อยที่สุด มีขั้นตอนดังนี้

(1) ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้มีเท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมอง ยาใดที่ไม่จำเป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดอาการสับสน ควรตรวจสอบและปรึกษากับผู้ให้การรักษา รวมทั้งติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองต่างๆ เช่น สมดุลน้ำ อิเล็กโตรลิต์ เพื่อดูแลให้อยู่ในภาวะสมดุล

(2) วัตถุประสงค์ของร่างกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อของผู้สูงอายุอย่างรอบคอบ เพราะโดยปกติของร่างกายของผู้สูงอายุมักไม่สูง อุณหภูมิที่วัดได้ต่ำกว่าระดับปกติในคนทั่วไป อาจหมายถึง การติดเชื้อในผู้สูงอายุก็ได้ จึงควรเปรียบเทียบกับอุณหภูมิพื้นฐานก่อนเจ็บป่วย แหล่งการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

(3) แก้ไขหรือควบคุมโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องลดระดับลงช้าๆ หรือการให้สารน้ำทดแทน ไม่ควรให้มากหรือเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้หัวใจวาย และกระตุ้นให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้

(4) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักเกิดอาการสับสนได้ง่าย ควรดูแลใกล้ชิด ให้ร่างกายอบอุ่น ได้รับสารน้ำ สารอาหารทดแทนเพียงพอ รวมทั้งดูแลการหายใจและการไหลเวียนเลือด เพื่อป้องกันภาวะ hypoxemia ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้

(5) หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ในกรณีที่จำเป็น ควรใช้เครื่องผูกมัดที่จำกัดอิสระผู้ป่วยน้อยที่สุด และคลายเครื่องผูกมัด ทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งตรวจผิวหนัง และช่วยให้ข้อส่วนนั้นได้เคลื่อนไหวเต็มพิสัยด้วย

(6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยที่ต้องการดื่มน้ำ และอาหารเพื่อการตรวจรักษาต่างๆ ควรได้อาหารและน้ำทดแทนโดยเร็ว

(7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เดินหรือช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันตามความสามารถ เพื่อคงสภาพการทำหน้าที่สมองไม่ให้สูญเสียไปกว่าเดิม

2) ส่งเสริมการรับรู้โดย

(1) จัดสิ่งแวดล้อมให้คุ้นเคย เงียบสงบ มีแสงสว่างพอควร

(2) จัดให้มีเครื่องกระตุ้นเตือนความจำและการรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับความ
จริงในปัจจุบัน เช่นก. มีนาฬิกา ปฏิทิน ที่เห็นได้ง่าย มีวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เพื่อให้
ทราบสภาพการณ์ในแต่ละวัน เรียกชื่อผู้ป่วย และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า ตนเอง
เป็นใคร อยู่ที่ไหน ขณะนี้เป็นวัน เวลา อะไร

ข. มีกระดาน ประกาศ วัน เดือน ปี กิจกรรมในวันนั้น

ค. มีแว่นตา เครื่องช่วยฟัง และสิ่งของคุ้นเคยที่ใช้เป็นประจำที่บ้าน

ง. ญาติ ผู้ดูแล หรือพยาบาล ควรเป็นคนเดิม

จ. ชวนสนทนาเพื่อกระตุ้นเตือนความจำ โดยเฉพาะเรื่องราวที่พึงพอใจใน
อดีต ซึ่งเป็นความจำระยะยาวที่ไม่ได้สูญเสียไป การพูดคุยเรื่องความหลัง หรือครอบครัวที่พึงพอใจ
ช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเอง(3) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุในฐานะบุคคลคนหนึ่ง ไม่ควรล้อเลียนหรือปฏิบัติต่อ
ผู้สูงอายุเหมือนเป็นเด็ก เพราะจะเป็นการเพิ่มความเครียดให้ผู้สูงอายุ(4) พูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุด้วยความสงบ นุ่มนวล ใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย การ
สบตา และเรียกชื่อผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่ากำลังจะทำอะไร หรือเกิดอะไรบ้าง3) ดูแลเรื่องความปลอดภัย ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการสับสนเฉียบพลัน
จะต้องพูดคุยปรึกษากับญาติผู้ป่วย เพื่อคัดแปลงสถานที่ให้เหมาะสม เพราะผู้ป่วยที่มีอาการสับสน
เฉียบพลัน มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหกล้มหรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ได้ง่าย ต้องดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีขั้นตอนดังนี้ (Wakefield et al., 2001)

1) ค้นหาสาเหตุ และรักษาพยาบาลที่สาเหตุของโรคโดยเร็ว

(1) ระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

(2) ให้การดูแลรักษาเพื่อกำจัด หรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

2) ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยโดย

(1) จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย และสุขสบาย มีแสงสว่างเพียงพอ

(2) จัดให้มีการตรวจเยี่ยมเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เหมาะสม จัดกิจกรรมการพยาบาล
ให้เหมาะสมและจำเป็น โดยให้รับกานผู้ป่วยน้อยที่สุด

(3) มีการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยโดยการติดป้ายระบุตัว

(4) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเพิ่มการรับรู้และการสื่อสาร เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอม

(5) ผูกยึดผู้ป่วยในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น ควรผูกยึดเฉพาะส่วน และต้องขออนุญาตจากญาติก่อนเสมอ

(6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่จำเป็นสำหรับลดภาวะวิตกกังวล หรือเมื่อผู้ป่วยวุ่นวาย สังเกตผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยา เช่น ซึมมากขึ้น มีไข้ กล้ามเนื้อแข็งตึง

3) การดูแลให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจ และความสุขสบายโดย

(1) ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยใช้คำพูดง่ายๆ ใช้วิธีการอธิบายสั้น ๆ ช้า ๆ และบ่อยครั้ง

(2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความคิดในด้านบวกอย่างเป็นอิสระ

(3) ตรวจสอบผู้ป่วยบ่อยๆ ทบทวนเรื่องวัน เวลา สถานที่ และบุคคลกับผู้ป่วย และรับฟังปัญหา ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย และช่วยแก้ไข

(4) จัดสิ่งแวดล้อมให้สวยงาม เรียบง่าย คิดปฏิทินที่อ่านง่าย และนาฬิกาที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการที่จะกระตุ้นความทรงจำของผู้ป่วยให้กลับคืนมา ให้มีการรับรู้ดีขึ้น และสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

(5) ลดสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นผู้ป่วย เนื่องจากสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเสียการรับรู้เพิ่มขึ้น

(6) ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความเชื่อในพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

(7) ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง

(8) จำกัดขอบเขตการตัดสินใจของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดสับสน

(9) ให้กำลังใจเมื่อเข้าไปพบผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับเรื่องต่างๆ อย่างเหมาะสม

(10) ในผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน หรืออาการหลงผิด ต้องยอมรับในความคิดของผู้ป่วย ไม่ได้เถียงหรือขัดแย้งผู้ป่วย

(11) ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ โดยการใช้คำถามหรือภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถตอบได้

(12) ญาติและ/หรือผู้ดูแล ควรเป็นผู้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และควรเป็นคนเดิม

(13) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม

4) ติดตาม ให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายโดย

- (1) ติดตามสถานะทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง
- (2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และสารอาหารอย่างเพียงพอ รวมทั้งดูแลเรื่องการขับถ่าย
- (3) ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอาการสับสนเฉียบพลันให้น้อยลง ควรปฏิบัติดังนี้ (Thanased, 2005)

1) จัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการประเมินให้หมดไปโดยเร็ว เช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ/สูง ไข้สูง การติดเชื้อ

2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม เฝ้าระวังภาวะขาดน้ำจากการงดน้ำและอาหาร

3) ทบทวนการใช้ยาร่วมกับแพทย์ จากรายงานของผู้ป่วย

4) ให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้เรื่องโรค การติดต่อสื่อสาร การแนะนำสถานที่ และการช่วยเหลือด้านการปรับตัว

5) Reorientation strategies มีขั้นตอนดังนี้

(1) สนับสนุนญาติในการสนทนากับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ปัจจุบัน

(2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการรับรู้ และผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น ได้มองเห็นทัศนียภาพภายนอก มีนาฬิกาติดผนัง ปฏิทิน

(3) แนะนำให้ญาตินำของใช้ส่วนตัวที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นประจำมา เช่น นาฬิกาข้อมือ ที่โกนหนวด ผ้าเช็ดตัว สบู่ แปรง

(4) ให้การพยาบาลในระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการพยาบาลระบบเจ้าของใจ

6) แก้ไขความบกพร่องของการมองเห็นและการฟังโดย

- (1) จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยการรับรู้และการสื่อสาร เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง
- (2) ค้นหาสาเหตุความบกพร่องของการได้ยิน จัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม
- (3) ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ หรืออาจใช้ล่ามเมื่อจำเป็น

7) กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวโดย

(1) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวข้อต่อ (ROM) และการลุกจากเตียง หลีกเลี่ยงการจำกัดกิจกรรมผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา

(2) จัดกิจกรรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส กลิ่น และรส โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับการให้การพยาบาลประจำวัน

(3) หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ หรือควรวางแผนเอาออกโดยเร็ว

(4) หลีกเลี่ยงการผูกมัด ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรมีแนวปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วย

8) การจัดการความปวดอย่างเหมาะสมโดย

(1) ใช้เครื่องมือประเมินความปวด เช่น Numeric pain intensity scale หรือ Face scale

(2) มีแนวปฏิบัติการใช้ยา Sedation and Analgesic

(3) ใช้ Complementary therapy ช่วยบรรเทาอาการปวด เช่น การนวด คนตรีบำบัด การฝึกหายใจ

9) ส่งเสริมการนอนหลับ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยวิธีไม่ใช้ยา

(1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืน ลดการรบกวนโดยปรับตารางยาและหัตถการบางชนิด

(2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ เช่น การลดเสียงและแสงสว่าง

(3) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความตึงเครียด และส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การนวด การสัมผัส การฝึกหายใจ การฟังดนตรี

10) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันโดย

(1) การให้ข้อมูลซ้ำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

(2) การให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติ เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

(3) ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดภาวะเครียด

แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) มีความครอบคลุมรายการผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาลจึงใช้แนวคิดของ Stanley et al. (2005) เป็นกรอบของตัวชี้วัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

3.3 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน

ได้มีนักวิชาการและหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้กล่าวถึงตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ดังนี้

RAND Health (2002) ได้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามการดูแลรักษา โดยใช้ชื่อโครงการว่า The ACOVE Project (The Assessing Care of Vulnerable Elders) ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดในหัวข้อ 22 เรื่อง ดังนี้

- 1) ความต่อเนื่องและการประสานงานในการดูแล
- 2) ภาวะสมองเสื่อม
- 3) ภาวะซึมเศร้า
- 4) การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- 5) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 6) การพลัดตกหกล้มและปัญหาการเคลื่อนไหว
- 7) การสูญเสียการได้ยิน
- 8) การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
- 9) คุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
- 10) ภาวะความดันโลหิตสูง
- 11) การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
- 12) ภาวะโภชนาการ
- 13) ความเหมาะสมของการใช้ยา
- 14) การดูแลผู้ป่วยข้อเสื่อม
- 15) การดูแลผู้ป่วยกระดูกพรุน
- 16) การเจ็บปวดเรื้อรัง
- 17) การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ
- 18) การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ
- 19) การดูแลในด้านการป้องกันในผู้สูงอายุ
- 20) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 21) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่
- 22) การดูแลผู้ป่วยสายตาเสื่อม

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพในระดับโรงพยาบาล (Hospital quality indicators) ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยได้เสนอชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ไว้เป็น 2 ชุด ได้แก่ เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ และเครื่องชี้วัดกลุ่มตัวเลือก

ชุดที่ 1 เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ ที่ทุกโรงพยาบาลสามารถนำไปดำเนินการได้ มีจำนวน 22 ตัวชี้วัด จำนวนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ มีจำนวน 14 รายการ คือ

- 1) อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- 2) อัตราการตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด
- 3) อัตราการตายของเด็กแรกเกิด
- 4) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 5) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด
- 6) อัตราการเกิดการแพ้ยา
- 7) อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด
- 8) อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
- 9) อัตราการผ่าตัดซ้ำในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- 10) อัตราเด็กเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล
- 11) อัตราการพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
- 12) อัตราการพึงพอใจของผู้ป่วยใน
- 13) อัตราการผ่าตัดคลอด
- 14) อัตราความผิดปกติของการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชุดที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้บริการ ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์จำนวน 3 รายการ ได้แก่

- 1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- 2) อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
- 3) อัตราการไม่สมัครใจอยู่ของผู้ป่วยใน

กฤษฎา แสงดี และคณะ (2547) ได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของการบริการพยาบาล และนำผลการวัดและประเมินนี้ไปใช้ในการบริหารจัดการและการปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพตามกรอบ

แนวคิดของ Donabedian (1980) ในการวัดคุณภาพทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยจำแนกตัวชี้วัดคุณภาพเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาล มี 12 รายการ คือ

- 1) อัตราตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- 2) อัตราตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด
- 3) อัตราตายของทารกแรกเกิด
- 4) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 5) อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
- 6) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ในมารดาที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล
- 7) อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- 8) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก
- 9) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน
- 10) ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน
- 11) ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- 12) อัตราการครองเตียง

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการพยาบาล ที่ได้รับการถ่วงน้ำหนัก คัดเลือกให้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของบริการพยาบาลในระดับชาติ / นโยบาย ตามกรอบแนวคิด Outcomes model (Holzemer, 1994) จำนวน 10 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) การผสมผสานอัตรากำลัง
- 2) จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล
- 3) ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล
- 4) อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล
- 5) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 6) ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 7) อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
- 8) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน
- 9) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย
- 10) ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในภาพรวมที่เป็นกลาง ๆ แต่ยังไม่สามารถระบุเป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เฉพาะโรค การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เป็นเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีความเฉพาะและครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมองค์รวม ซึ่งรวมถึงครอบครัวและ/หรือผู้ดูแล

ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) มีความครอบคลุมรายการผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การจัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาล จึงใช้กลุ่มของ NOC (Moorhead et al., 2004) เป็นกรอบของตัวชี้วัดกลุ่มผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 6 กลุ่ม ดังนี้

1) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ได้แก่ การเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเฉียบพลัน ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้อย่างอิสระ เนื่องจากในภาวะสับสนผู้ป่วยสูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างมาก ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ร่วมกับการขาดการเคลื่อนไหวหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดภาวะการทำงานของร่างกายลดลง (functional decline) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และอัตราตายสูงขึ้น

2) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา เป็นสิ่งที่บ่งชี้ผลของการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของอวัยวะในร่างกาย ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ได้แก่ ความสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สามารถคงไว้ซึ่งความสมดุลสารน้ำ เยื่อแฉะและกรด-ด่างในร่างกาย สัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ระดับความรู้สึกร่างกาย สภาวะทางระบบประสาท และภาวะโภชนาการปกติ ความรุนแรงของการติดเชื้อ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ความสามารถในการสื่อสาร และกระบวนการแปลผลข้อมูล ผลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จะเป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ไว เนื่องจากบ่งบอกถึงพยาธิสภาพการดำเนินของโรค สามารถติดตามและประเมินผลได้เร็วที่สุดในทางการรักษาพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ภาวะสับสนเฉียบพลัน จึงให้ความสำคัญต่อกลุ่มผลลัพธ์ทางสรีรวิทยามากที่สุด บ่งบอกถึงความรุนแรงและการพยากรณ์โรค มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน

3) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพจิตสังคม เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ไม่มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลง สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เกิดการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

4) ตัวชี้วัดกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเข้าใจ และการแสดงออกที่ยอมรับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มนี้ ได้แก่ การรับรู้เขารู้ปัญหา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ความรู้และพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม การไม่ดิ่งสายต่างๆออกจากร่างกายโดยไม่ได้วางแผน และการบาดเจ็บจากการผูกยึด

5) ตัวชี้วัดกลุ่มการรับรู้สุขภาพ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ได้แก่ สามารถบอกถึงสภาวะอาการเจ็บป่วยในขณะนั้นได้ รวมถึงระดับของความทุกข์สบาย รับรู้อาการปวดและบอกระดับของความปวดได้ ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

6) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพพฤติกรรม หรือหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลต่อสภาวะอาการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาล

การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในครั้งนี้ใช้กลุ่มการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC (Moorhead et al., 2004) เป็นกรอบในการจัดกลุ่มตัวชี้วัด และเพื่อให้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยใช้เทคนิควิจัยแบบเดลฟายครั้งนี้ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในบริบทของสังคมไทย

4. ความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้

การประเมินเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณค่าของสิ่งที่น่าสนใจด้วยการสรุปอ้างอิงจากสิ่งที่สังเกตได้โดยตรงจากที่เป็นตัวบ่งชี้คุณค่านั้นเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ตัดสินคุณค่านั้นว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด

จุดมุ่งหมายของการประเมิน มีดังนี้

1) เพื่อตรวจสอบผลสรุปที่เกิดขึ้นจริงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้หรือไม่เป็นการประเมินผลที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective based evaluation)

2) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้นจากโครงการนั้น เป็นการประเมินผลที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgemental Evaluation)

3) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ เป็นการประเมินผลที่เน้นการตัดสินใจ (Decision-oriented evaluation) ที่มีจุดมุ่งหมาย

4.1 เป้าหมายของการประเมิน

การประเมินมีเป้าหมายจาก 2 แนวทางที่สำคัญ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2545)

4.1.1 แนวทางประโยชน์นิยม

แนวทางประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เป็นแนวทางที่นำผลการประเมินมาใช้เพื่อพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสังคมให้มากที่สุด โดยนักประเมินมีหน้าที่เพียงเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหาร การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้ใช้สารสนเทศรูปแบบ (Model) การประเมินตามแนวทางนี้ที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบยึดวัตถุประสงค์ (Goal-Based model) และรูปแบบชิปปี้ (CIPP model) เป็นต้น

4.1.2 แนวทางพหุนิยม

แนวทางพหุนิยม (Pluralism) นอกจากจะนำผลการประเมินมาใช้เพื่อพัฒนาแล้ว ยังเพิ่มเป้าหมายอื่น ๆ ด้วย เช่น เป็นกลไก เสนอสารสนเทศ และตัดสินคุณค่าสิ่งที่ประเมิน ซึ่งผลการตัดสินอาจตรงหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้สารในเทศก็ได้ ถือว่านักประเมินมีความเชี่ยวชาญ น่าเชื่อถือเพียงพอ รูปแบบการประเมินที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบอิสระจากจุดมุ่งหมาย (Goal-Free model) และรูปแบบสนองความต้องการ (Responsive model) เป็นต้น

จากเป้าหมายของการประเมินทั้ง 2 แนวทางนั้น จะยึดแนวทางใดขึ้นอยู่กับบริบท และความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศจากผลการประเมินเป็นสำคัญ ผู้ประเมินได้รับการร้องขอหรือว่าจ้างให้ประเมินสิ่งใด ภายใต้ความรับผิดชอบของบุคคลหรือหน่วยงานใด อาจยึดแนวทาง

ประโยชน์นิยมให้ผู้รับผิดชอบ หรือผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจจากสารสนเทศที่ได้เองตามความประสงค์ แต่ถ้ากรณีที่เป็นผู้รับผิดชอบสิ่งที่จะประเมินและต้องการปรับปรุงพัฒนาสิ่งนั้น ๆ ก็อาจยึดแนวทางพหุนิยม เพื่อให้สามารถนำผลมาปรับปรุงพัฒนาสิ่งที่ประเมินให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดได้

4.2 วิธีการประเมิน

วิธีการประเมินแบ่งได้ 2 วิธีใหญ่ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2545)

4.2.1 วิธีเชิงระบบ

การประเมินวิธีเชิงระบบ (Systematic approach) ใช้แนวทางปรนัยนิยม (Objectivism) นักประเมินจะใช้มาตรฐานหรือเกณฑ์สากล เน้นวิธีเชิงธรรมชาติโดยดำเนินการอย่างยืดหยุ่น รวบรวมข้อมูลสารสนเทศ วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

4.2.2 วิธีเชิงธรรมชาติ

การประเมินวิธีเชิงธรรมชาติ (Naturalistic approach) ใช้แนวทางอัตนัยนิยม (Subjectivism) นักประเมินจะกำหนดมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการตัดสินคุณค่าขึ้นเองตามเหตุผลของตน เน้นวิธีเชิงธรรมชาติ โดยดำเนินการอย่างยืดหยุ่น รวบรวมข้อมูลสารสนเทศอย่างครอบคลุมตามสภาพธรรมชาติ

แนวทางการประเมินทั้ง 2 วิธี ต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อย โดยวิธีเชิงระบบ มีข้อดีที่สำคัญเรื่องความชัดเจน เป็นปรนัย น่าเชื่อถือ และนักประเมินไม่ต้องเชี่ยวชาญ ส่วนข้อเสียที่สำคัญ คือ สารสนเทศที่ได้จะจำกัดตามกรอบที่กำหนดไว้ ขาดความลึกซึ้ง สำหรับวิธีเชิงธรรมชาติ มีข้อดีที่สำคัญด้านความยืดหยุ่น เข้าถึงสภาพที่แท้จริงของสิ่งที่ประเมิน และได้สารสนเทศรอบด้านลึกซึ้ง แต่มีข้อเสีย คือ ขาดความเป็นปรนัย ไม่น่าเชื่อถือ นักประเมินต้องมีความเชี่ยวชาญการเข้าร่วมตามสภาพธรรมชาติ อาจทำให้มีอคติได้ และการประเมินวิธีนี้มีความสิ้นเปลืองสูง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทั้ง 2 วิธีต่างก็มีจุดเด่นจุดด้อย นักประเมินจึงเริ่มนำวิธีการทั้ง 2 มาใช้ร่วมกันในกระบวนการประเมินเพื่อเสริมซึ่งกันและกันมากขึ้น การประเมินวิธีเชิงระบบคล้ายกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการประเมินวิธีเชิงธรรมชาติคล้ายกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งในการวิจัย นักวิจัยเริ่มนิยมใช้วิธีการวิจัยทั้ง 2 วิธี ร่วมกันมากขึ้นเช่นกัน ที่เรียกว่า วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสม (Mixed methodology)

4.3 ประเภทการประเมินแบ่งตามช่วงเวลาของการประเมิน

การแบ่งตามเกณฑ์ช่วงเวลาของการประเมิน แบ่งได้ 7 ประเภท คือ (พิสิณุ พงศ์ศรี, 2549)

4.3.1 การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นในเบื้องต้น ก่อนที่จะจัดทำสิ่งใด ๆ เป็นการประเมินที่มีประโยชน์ต่อการวางนโยบาย และการวางแผน เพื่อให้ได้แนวคิดของการดำเนินงานที่สามารถสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้

4.3.2 การประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility evaluation) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ ซึ่งจะพบการประเมินประเภทนี้ได้มากในการประเมินโครงการขนาดใหญ่ โดยมักจะประเมินในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร

4.3.3 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งที่ป้อนเข้าสู่การดำเนินงานว่ามีความเหมาะสมเพียงใดก่อนที่จะเริ่มดำเนินงาน เช่น คน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ เป็นต้น

4.3.4 การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการตามที่กำหนด ทำการประเมินในขณะที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อใช้ผลการประเมินมาปรับปรุง หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

4.3.5 การประเมินผลผลิต (Output/Product evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากสิ่งที่ประเมินหรือผลการดำเนินงาน โดยตรง และผลที่คาดหวังที่ได้ตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายของสิ่งที่ประเมินว่ามากน้อยเพียงใด

4.3.6 การประเมินผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome/Impact evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากผลของสิ่งที่ประเมินหรือการดำเนินงานทั้งที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวัง ซึ่งเป็นผลทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อนำผลไปประกอบการตัดสินใจในการหยุด ยกเลิก หรือขยายสิ่งที่ประเมินนั้น ๆ

4.3.7 การประเมินงานประเมิน (Meta evaluation) เป็นการประเมินผลของการประเมินอีกครั้งหนึ่งเพื่อพิจารณาคุณภาพโดยศึกษาความถูกต้องและความเหมาะสมของการประเมิน การประเมินประเภทนี้ยังไม่แพร่หลายมากนัก

4.4 แนวโน้มของการประเมิน

จากพัฒนาการของการประเมิน จะเห็นว่าแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงตามลำดับ โดยมีเหตุผลสำคัญ คือ เพื่อให้การประเมินเป็นกลไกในการพัฒนาได้มากที่สุดนั่นเอง โดยสรุปมีแนวโน้มของการประเมินที่สำคัญมี 10 ประการ ดังนี้ (พิชญ์ พงศรี, 2549)

4.4.1 เน้นการพัฒนาสิ่งที่ประเมินได้อย่างเป็นรูปธรรม

การประเมินในปัจจุบันและในอนาคตต่อไปจะต้องพัฒนาสิ่งที่ประเมินได้จริง โดยอาศัยกระบวนการ วิธีการ แนวคิดต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาสิ่งที่ประเมิน

4.4.2 เน้นการประเมินที่ครอบคลุมหรือหลายมิติ

การประเมินจะพิจารณาสิ่งที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งในตัวของสิ่งที่ประเมินเอง และส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินประสิทธิผลองค์กร ก็จะพิจารณาตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้ครอบคลุมประสิทธิผลองค์กรนั้น หรือการประเมินโครงการก็คำนึงถึงผลลัพธ์และผลกระทบด้วย เป็นต้น

4.4.3 ใช้ข้อมูลหลายแหล่ง

แนวโน้มในข้อนี้เกี่ยวเนื่องมาจากข้อ 2 เมื่อมีการประเมินที่ครอบคลุม จะมีหลักฐานต่าง ๆ หรือผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จึงต้องใช้ข้อมูลหลายแหล่งในลักษณะทั้งเพื่อครอบคลุม และการตรวจสอบความตรง

4.4.4 ใช้วิธีการและเครื่องมือหลายประเภท

แนวโน้มในข้อนี้เกี่ยวเนื่องมาจากข้อ 3 เมื่อใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งก็ต้องใช้วิธีการและเครื่องมือหลายแบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลหลากหลาย ครอบคลุม โดยในเรื่องเดียวกันอาจใช้ทั้งการสังเกต สัมภาษณ์ และสอบถาม ร่วมกัน

4.4.5 ใช้ผู้ประเมินหลากหลายชั้น

การประเมินที่ผ่านมามักจะใช้ผู้ที่มีความชำนาญในสิ่งที่ประเมิน ซึ่งเรียกว่าผู้ประเมินภายนอก หรือผู้มีอำนาจหน้าที่โดยตรง คือ ผู้บังคับบัญชาประเมินผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้ขาดความครอบคลุมและเกิดความลำเอียงได้ ในยุคปัจจุบันและอนาคต จะใช้ผู้ประเมินหลากหลายชั้น คือ ผู้ประเมินภายนอก ผู้ประเมินภายใน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายก็เป็นผู้ประเมิน หรืออาจเรียกว่าผู้ให้คะแนนก็ได้ เช่น การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการประเมินการสอนแนวใหม่ที่เรียกว่า การประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งจะให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นผู้ให้คะแนน เป็นต้น

4.4.6 ใช้การประเมินร่วม หรือข้ามศาสตร์

แนวโน้มต่อไปจะมีการประเมินโดยอาศัยแนวคิด หลักการ วิธีการ รูปแบบ ฯลฯ จากต่างศาสตร์หรือต่างสาขามาประยุกต์ใช้ในลักษณะข้ามศาสตร์มากขึ้น หรือเป็นการยืมกันไปมา เช่น การประเมินเกิดขึ้นก่อนในศาสตร์ทางการศึกษา แต่วงการอุตสาหกรรมนำไปใช้ในการประกันคุณภาพผลผลิต ต่อมาทางการศึกษานำการประกันมาใช้ประกันคุณภาพในวงการศึกษา หรือในการประเมินการเรียนรู้จะมีการประเมินร่วมกันข้ามวิชาเรียนหรือสาระการเรียนรู้ เป็นต้น

4.4.7 เน้นการมีส่วนร่วม

การประเมินในยุคใหม่จะเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมากขึ้น ทั้งส่วนร่วมในลักษณะการจัดการหรือร่วมประเมินการให้ความร่วมมือต่าง ๆ หรืออย่างน้อยก็เข้ามามีส่วนรับรู้เพื่อให้เกิดการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การพัฒนาได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

4.4.8 สนองตอบความต้องการผู้เกี่ยวข้อง

การประเมินจะต้องนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมโดยการสนองตอบผู้เกี่ยวข้องให้มากที่สุด เช่น ถ้าประเมินการเรียนรู้หรือการสอน นอกจากจะให้ความสำคัญกับผู้เรียนที่เรียกว่า ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแล้ว ยังคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น ผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง และประชาชน เป็นต้น

4.4.9 เริ่มประเมินเชิงสาเหตุมากขึ้น

การประเมินที่ผ่านมามักจะเน้นเฉพาะผลการประเมินดังกล่าวทำให้ทราบเพียงว่าผลต่ำหรือสูงในระดับเท่าใด แต่ไม่ทราบว่าผลดังกล่าวมีสาเหตุจากปัจจัยหรือตัวไหนเพียงใด ดังนั้น เพื่อสนองตอบการพัฒนาสิ่งที่ประเมินอย่างเป็นรูปธรรมในข้อ 1 ที่กล่าวมาข้างต้นให้มากขึ้น จะต้องประเมินเชิงสาเหตุ โดยอาศัยการวิจัยเข้ามาช่วย แม้ว่าจะมีความยุ่งยากเพิ่มขึ้นแต่ได้สารสนเทศจากการประเมินชัดเจน ใ้ต่อการพัฒนา ซึ่งในปัจจุบันเริ่มมีการประเมินเช่นนี้บ้างแล้ว เช่นการประเมินประสิทธิผลองค์กรพร้อมทั้งหาคำตอบเชิงสาเหตุว่ามีปัจจัยหรือตัวแปรใดทำให้ได้ประสิทธิผลองค์กรในระดับนั้น ๆ เป็นต้น

4.4.10 นำมาใช้ในระบบโดยมีความถี่และต่อเนื่องมากขึ้น

การประเมินต่าง ๆ จะเข้าเป็นระบบของการปฏิบัติงานโดยจะมีความถี่หรือจำนวนครั้งในการประเมินและดำเนินการอย่างต่อเนื่องมากขึ้น เพื่อความถูกต้องครอบคลุมของข้อมูลและให้ระบบการประเมินเป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริหารหรือการดำเนินงานในสภาพปกติตามธรรมชาติ ไม่ได้เป็นส่วนเกินหรือเป็นภาระเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานเช่นที่ผ่านมา

4.5 คุณภาพของการประเมิน (สุวิมล ติรกันันท์, 2544)

ในการประเมินคุณภาพของการประเมินขึ้นอยู่กับ

4.5.1 ผู้ประเมินที่ทำการประเมินจะต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับ ความเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ นอกจากนี้จะต้องมีความ เข้าใจต่อ โครงการหรือสิ่งที่ถูกประเมินอย่างแท้จริง มีความยุติธรรมและซื่อตรงในการรายงานผลที่ เกิดขึ้น

4.5.2 วิธีการที่นำมาใช้ในการประเมินต้องมีความชัดเจน มีความเป็นปรนัย (objectivity) มีความเหมาะสมกับ โครงการหรือสิ่งที่ถูกประเมิน ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการประเมิน ต้องเลือกวิธีการที่มีประสิทธิภาพ และหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลาย ๆ แห่ง

เนื่องจากความสำคัญของความชัดเจนและความถูกต้องของการประเมิน เป็นจุดเน้นที่ สำคัญ จึงมีความพยายามหาแนวทางช่วยนักประเมินให้จัดทำโครงการประเมินที่มีคุณภาพ โดยในปี 1981 ได้มีการประชุมของ The Joint Committee on Standard for Educational Evaluation เพื่อ จัดสร้างมาตรฐานการประเมินขึ้นเรียกว่า “Standard for Evaluation” หรือ “มาตรฐานประเมิน” โดย เจตนาในเบื้องต้นเพื่อนำมาตรฐานนี้ใช้ในการประเมิน โครงการทางการศึกษา ซึ่งช่วยให้การ ประเมินเกิดการผิดพลาดน้อยที่สุด

มาตรฐานการประเมินนี้ไม่เป็นเพียงเครื่องมือ แต่จะแนะนำหลักการ ประกอบด้วยข้อ ควรระวังและคำเตือนในสิ่งที่นักประเมินมักผิดพลาด ประกอบด้วย 4 มาตรฐานย่อย คือ

1) Utility standard เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงเงื่อนไขที่ทำให้การประเมินเกิดประโยชน์ เป็นแนวทางที่บอกถึงประเด็นและสิ่งที่ผู้ประเมินควรให้ความสนใจ นับตั้งแต่การพิจารณาผู้ใช้ผล การประเมิน (audience) การเลือกใช้ข้อมูลและตลอดไปจนถึงการรายงานผลการประเมิน ประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวกับ

- (1) ความต้องการของผู้ใช้ผลการประเมิน
- (2) ขอบเขตและการเลือกใช้ข้อมูล
- (3) ความชัดเจนของการแปลผล
- (4) ความชัดเจนของการเขียนรายงาน
- (5) การเผยแพร่รายงาน
- (6) ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมิน
- (7) การรายงานผลการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนด
- (8) ผลกระทบจากการประเมิน

2) Feasibility standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการที่จะดำเนินโครงการประเมินเป็นการพิจารณานับตั้งแต่เทคนิค วิธีการที่ใช้ไปจนถึงค่าใช้จ่ายในการประเมิน ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ

- (1) กระบวนการ / เทคนิคที่ใช้ในการปฏิบัติ
- (2) บรรยากาศการเมืองในองค์กร
- (3) ประสิทธิภาพด้านค่าใช้จ่าย

3) Propriety standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับด้านจริยธรรม เนื่องจากผลการประเมินมีผลกระทบต่อคนในหลาย ๆ ทาง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่ใช้ข้อมูลหรือกลุ่มที่ให้ข้อมูล ดังนั้นจะต้องมีการเคารพในสิทธิ และการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินเท่า ๆ กับต้องคำนึงถึงบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการประเมินด้วย ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ

- (1) การชี้แจงความรับผิดชอบของผู้ที่มีส่วนร่วมในการประเมิน
- (2) การตอบสนองความขัดแย้งของกลุ่มบุคคล
- (3) การเสนอข้อมูลอย่างเป็นธรรม
- (4) การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชน
- (5) การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล
- (6) การเคารพสิทธิส่วนบุคคล
- (7) การเสนอข้อมูลทั้งที่เป็นข้อดีและข้อเสียอย่างเท่าเทียมกัน
- (8) ความรับผิดชอบต่อกฎระเบียบ

4) Accuracy standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับความถูกต้อง กล่าวถึงวิธีการประเมินในแต่ละขั้นตอนที่จะทำให้มั่นใจว่า การประเมินมีความแม่นยำถูกต้อง ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ

- (1) การอธิบายถึงสิ่งที่ถูกประเมิน
- (2) การวิเคราะห์บริบท
- (3) การอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ
- (4) การอธิบายแหล่งข้อมูล
- (5) ความตรง (validity) ของการวัด
- (6) ความเที่ยง (reliability) ของการวัด
- (7) การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- (8) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
- (9) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- (10) การสรุปผลอย่างมีหลักการ

(11) ความชัดเจนในการรายงานผล

มาตรฐานการประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติของผู้ประเมิน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ประเมินในการดำเนินงาน ทำให้ผู้ประเมินมีโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายของการประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

4.6 ขั้นตอนการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินโดยทั่วไป อาจปรับลด เพิ่ม ได้ตามความเหมาะสมของสิ่งที่ประเมิน โดยมีขั้นตอนการประเมิน 9 ขั้นตอน ดังนี้คือ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549)

4.6.1 การศึกษาวิเคราะห์สิ่งที่ประเมิน

การประเมินสิ่งใดก็ตาม ขั้นตอนแรกผู้ประเมินจะต้องทราบและเข้าใจรายละเอียดของสิ่งที่ประเมินอย่างถ่องแท้ ด้วยการศึกษาวิเคราะห์สิ่งที่ประเมินในทุกแง่มุมเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะดำเนินการขั้นตอนอื่น เพราะถ้าไม่เข้าใจหรือรู้จักสิ่งที่ประเมินไม่ดีพอ ก็ยากที่จะประเมินสิ่งนั้น ๆ ได้ดี

4.6.2 การศึกษารูปแบบ หรือแนวทาง หรือข้อกำหนดการประเมิน

การประเมินจะมีรูปแบบสำหรับการประเมินมากมาย ผู้ประเมินจำเป็นต้องศึกษารูปแบบต่าง ๆ ให้เข้าใจ เพื่อจะได้เลือกหรือนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสิ่งที่ประเมิน

4.6.3 การกำหนดวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมิน

วัตถุประสงค์การประเมินที่สำคัญก็คือ เพื่อหาสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ประเมิน โดยอาจใช้ประเด็นการประเมินเป็นวัตถุประสงค์ย่อย หรือนำประเด็นการประเมินมา กำหนดเป็นวัตถุประสงค์เป็นข้อ ๆ ก็ได้ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้สิ่งที่ต้องทำก็คือ การกำหนดประเด็นการประเมิน หรืออาจเรียกว่าตัวแปรองค์ประกอบที่จะประเมินก็ได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเป็นสิ่งที่เดียวกัน ประเด็นการประเมินจะเป็นกรอบสำคัญที่นำไปสู่กิจกรรมอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาตัวชี้วัด และเกณฑ์ หรือกำหนดค่าน้ำหนัก เครื่องมือ แหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

4.6.4 การกำหนดขอบเขตการประเมิน

ขอบเขตการประเมินมีองค์ประกอบสำคัญเช่นเดียวกับขอบเขตการวิจัย เช่น ประเด็นการประเมินตามขั้นตอนที่ 3 จะมีลักษณะเช่นเดียวกับตัวแปรหรือเนื้อหาในการวิจัย ส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ และเวลา จะคล้ายกับงานวิจัย เพียงแต่การประเมินมีลักษณะเฉพาะ ขอบเขตของประชากรมักจะมากกว่ากลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า และการสุ่มตัวอย่างอาจมี

ข้อจำกัดมากกว่างานวิจัย ทั้งนี้สิ่งที่ประเมินบางสิ่งจะมีการเสนอขอบเขตไว้ เช่น การประเมินโครงการอาจจะประเมินเฉพาะผลผลิต หรือประเมินภาพรวมทั้งปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลผลิตก็ได้ หรือการประเมินองค์การอาจจะประเมินเฉพาะส่วนหรือภาพรวมขององค์การก็ได้ เป็นต้น

4.6.5 การพัฒนาตัวชี้วัด กำหนดเกณฑ์ และค่าน้ำหนัก

ตัวชี้วัด (Indicator) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการประเมิน ซึ่งมีที่มาจากประเด็นการประเมินนำมาขยายเป็นประเด็นย่อย ๆ ก่อนจะนำไปสู่การสร้างข้อคำถามรายชื่อในเครื่องมือประเภทต่าง ๆ เนื่องจากตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินยังไม่แพร่หลายนัก ส่วนใหญ่ที่ประเมินจึงต้องพัฒนาขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับการประเมินสิ่งนั้น ๆ และตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดต้องสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการประเมินผลได้

หลังจากพัฒนาตัวชี้วัดแล้วอาจจะต้องกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสมของแต่ละตัวชี้วัด เพื่อให้การวัดทำได้อย่างเป็นรูปธรรมแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

นอกจากการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์แล้ว อาจพิจารณาคำหนดค่าน้ำหนักของแต่ละตัวชี้วัดหรือประเด็นการประเมินได้ด้วย เพราะในสภาพความจริง ตัวชี้วัดแต่ละตัวมีความสำคัญไม่เท่ากันทุกตัวชี้วัด หรือทุกประเด็นการประเมิน จึงควรกำหนดน้ำหนักดังกล่าว โดยอาจจะใช้วิธีการทางสถิติ ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดได้

4.6.6 การออกแบบประเมินหรือกำหนดกรอบแนวคิด

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะแสดงถึงความสามารถในการวิเคราะห์สังเคราะห์ของผู้ประเมินที่จะออกแบบการประเมิน หรือกำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในขั้นตอนอื่น และเก็บข้อมูลภาคสนามต่อไป โดยทั่วไปควรกำหนดกรอบการประเมินให้มีโครงสร้างสำคัญ ๆ ซึ่งอาจสลับที่กันได้บ้างตามความเหมาะสม

4.6.7 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล

การประเมินเป็นการตัดสินใจโดยอาศัยสารสนเทศ ที่สรุปผลการวิเคราะห์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้เครื่องมือเช่นเดียวกับการวิจัย เพียงแต่เครื่องมือในการวิจัยอาจใช้เครื่องมือมาตรฐานหรือเครื่องที่สร้างไว้แล้วได้บ้าง แต่ประเมินมีลักษณะเฉพาะกว่าการวิจัย นักประเมินมักจะต้องสร้างและพัฒนาเครื่องมือขึ้นเอง เครื่องมือส่วนใหญ่ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ซึ่งต้องสร้างตามหลักวิชาการโดยมีที่มาชัดเจนจากแนวคิด ทฤษฎี หรือวัตถุประสงค์ สารเนื้อหาวิชา เป็นต้น เมื่อสร้างแล้วก็ต้องมีการพัฒนาตามวิสัยที่ทำได้ เพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสูงสุด ส่งผลต่อคุณภาพข้อมูลและสารสนเทศที่ได้ต่อไป

4.6.8 การใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินในเชิงปริมาณหรือวิธีการเชิงระบบ ซึ่งเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ จะต้องอาศัยสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการประเมินได้ชัดเจนขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัย เพียงแต่สถิติส่วนใหญ่จะเป็นสถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือสถิติที่ใช้ในการวัดผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือบางชนิด ซึ่งไม่ยุ่งยากซับซ้อนเท่ากับสถิติที่ใช้ในการวิจัย แม้ว่าการประเมินบางครั้งอาจต้องใช้สถิติเปรียบเทียบผลพัฒนาการบ้างก็ไม่ยุ่งยาก

4.6.9 การเขียนรายงานการประเมิน

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้าย ผู้ประเมินต้องเขียนรายงานการประเมินผลเพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้ใช่ผลการประเมิน ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้สนใจและหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ประเมินนำไปใช้ประโยชน์ การเขียนรายงานการประเมินแบบสมบูรณ์จะมีโครงสร้างคล้ายกับรายงานการวิจัย เพียงแต่จะมีบทสรุปสำหรับผู้บริหาร แทนบทคัดย่อ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจะมีน้อยกว่าการวิจัย การเขียนรายงานการประเมินต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบหรือผู้มีอำนาจหรือผู้อ่านเข้าใจชัดเจน และโน้มน้าวให้นำผลการประเมินไปเป็นสารสนเทศในการตัดสินใจ ปรับปรุง พัฒนา สิ่งที่จะประเมินให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามปรัชญาของการประเมิน

การประเมินความเป็นไปได้ หมายถึง การพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัย เงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ หมายถึง การให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและ/หรือพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 30 คนขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากว่าร้อยละ 50 พิจารณาว่าตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่ได้จากการศึกษา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในระดับใดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

จากการศึกษาเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้วิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยแบ่งตามแนวคิดของ Nursing Outcomes Classification: NOC 6 กลุ่ม ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2 - ตารางที่ 8

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, et al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K.,et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O’Keeffe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	✓		✓														
การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	✓	✓				✓		✓				✓				✓	
การพักผ่อน	✓																
การนอนหลับ	✓			✓													

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย มีจำนวน 4 รายการ คือ
 1) การเคลื่อนไหวของร่างกาย 2) การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 3) การพักผ่อน 4) การนอนหลับ

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะตับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
ภาวะพร้อมออกซิเจนในเลือด	✓																
การขับถ่ายอุจจาระ	✓	✓	✓														
การขับถ่ายปัสสาวะ	✓	✓	✓														
สมดุลของสารน้ำในร่างกาย	✓																
สมดุลเกลือแร่และกรก-ค่า	✓																
ภาวะขาดน้ำ	✓																
สัญญาณชีพ	✓																
ระดับความรู้สึกตัว	✓			✓													
ภาวะโภชนาการ	✓																

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การติดเชื้อ			✓														
การปวดตบก้น	✓		✓														
การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล	✓		✓	✓													
การสื่อสาร	✓																
การมีสมาธิ	✓																
การตัดสินใจ	✓																
กระบวนการแปลผลข้อมูล	✓			✓													
ความจำ	✓																
ระดับน้ำตาลในเลือด	✓																

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ผลลัพ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keeffe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การเกิดแผลกดทับ			✓														
การผูกยึด								✓									

จากตารางที่ 3 พบว่าผลลัพ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา มีจำนวน 20 รายการ

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพจิตสังคม

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพจิตสังคม	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K.,et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keeffe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
อาการประสาทหลอน	✓																
ความสามารถในการควบคุมตนเอง	✓			✓													
ระดับความวิตกกังวล	✓																
ระดับความเครียด	✓																
การปรับตัวและเผชิญปัญหา	✓																
ภาวะซึมเศร้า		✓															

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพจิตสังคม มีจำนวน 6 รายการ คือ 1) อาการประสาทหลอน 2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง 3) ระดับความวิตกกังวล 4) ระดับความเครียด 5) การปรับตัวและเผชิญปัญหา 6) ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การป้องกันความเสี่ยง	✓																
การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	✓																
พฤติกรรมด้านความปลอดภัย				✓													

จากตารางที่ 5 พบว่าผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 3 รายการ คือ

- 1) การป้องกันความเสี่ยง
- 2) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- 3) พฤติกรรมด้านความปลอดภัย

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มการรับรู้สุขภาพ

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การรับรู้อาการเจ็บป่วย	✓																
ความรู้สึกสุขสบาย	✓																
การรับรู้ต่ออาการปวด	✓																
ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพ	✓																

จากตารางที่ 6 พบว่าผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มการรับรู้สุขภาพ มีจำนวน 4 รายการ คือ 1) การรับรู้อาการเจ็บป่วย 2) ความรู้สึกสุขสบาย 3) การรับรู้ต่ออาการปวด 4) ความพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อ สภาวะของผู้ป่วย	✓																
ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	✓																
ความเครียดของผู้ดูแล	✓																
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	✓																

จากตารางที่ 7 พบว่าผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล มีจำนวน 4 รายการ คือ
 1) การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อสภาวะของผู้ป่วย 2) ความวิตกกังวลของผู้ดูแล 3) ความเครียดของผู้ดูแล 4) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มอื่นๆ

ผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มอื่นๆ	Moorhead et al. (2004) : NOC	Marek, ety al. (2005)	Young and George (2003)	Johnson, M. et al. (2001)	Rockwood, k. et al (1999)	Inouye, S. K., et al. (1998)	George, J. et al. (1997)	O'Keefe, S., and Lavan, J. (1997)	Cole, et al. (1994)	Pompei, P. et al. (1994)	Inouye, S. K. et al. (1993)	Murray, A. M. et al. (1993)	Rockwood, k. (1993)	Levkoff, S. E. et al. (1992)	Schor, J. D. et al. (1992)	Wanich, et al. (1992)	Francis, J. et al. (1990)
การใช้ยานอนหลับ			✓														
ระยะวันนอนในโรงพยาบาล						✓		✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ							✓										
การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล								✓								✓	✓
การจำหน่ายจากโรงพยาบาลไป สถานพยาบาล						✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓
การเสียชีวิต					✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓				✓
ความบกพร่องของการรับรู้เราว่าปัญหา		✓			✓			✓									

ตารางที่ 8 พบว่าผลลัพธ์การพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน กลุ่มอื่นๆ มีจำนวน 8 รายการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ผลลัพธ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ดังนี้คือ

Iowa Outcomes Project Team (Mass, Johnson, Moorhead, Reed, and Sweeney, 2003) ศึกษาการประเมินผลทางคลินิกด้วยผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC เพื่อทำการทดสอบผลลัพธ์ผู้ป่วยจำนวน 190 ผลลัพธ์ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา และลงรหัสเพื่อกำหนดโครงสร้างของการจัดกลุ่ม ด้านความเที่ยง ความไว ความตรง และประโยชน์ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลชุมชน Nursing home โรงพยาบาลสำหรับการพักฟื้น ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง ในแถบ Mid West ของสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 2,300 คน ทดสอบ IRR (Inter-rater reliability) โดยการหาค่า Intra-class correlation coefficient (ICC) ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC มีค่า ICC มากกว่า 0.80 ซึ่งแสดงว่าผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC มีคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเที่ยง

emmer (2003) ศึกษาการใช้ผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC และทดสอบในไอซียูศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 42 ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ทุกผลลัพธ์มีค่าความเที่ยง ด้วยการทดสอบด้วย IRR (Inter-rater reliability) โดยประเมิน Intra-class correlation coefficient (ICC) ได้ค่า ICC มากกว่า 0.80 การศึกษานี้นอกจากทดสอบในระดับปฏิบัติการแล้ว ยังใช้การระดมสมองจากผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลผู้ควบคุมระบบคุณภาพ และพยาบาลประจำการ ผลการวิจัยพบว่า NOC สามารถวัดผลลัพธ์ที่ไวต่อการพยาบาล ที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์การใส่เครื่องช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

Lee (2005) ศึกษาการกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลจากผลลัพธ์การพยาบาลของ NOC เพื่อเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในประเทศเกาหลี ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้เชี่ยวชาญเป็นพยาบาลในหน่วยควบคุมและประกันคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 230 คน และผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสามรอบ คิดเป็นร้อยละ 58 ผลการวิจัย พบว่าผลลัพธ์การพยาบาลที่ใช้บ่อยและเป็นประโยชน์สูงสุด 5 อันดับแรกในการใช้ประเมินผลการปฏิบัติการในโรงพยาบาล ได้แก่ สัญญาณชีพ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมความเจ็บปวด พฤติกรรมด้านความปลอดภัย: การป้องกันการพลัดตก หกล้ม และสถานการณ์การติดเชื้อ

American Nurses Association (ANA, 1995) ได้พัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพยาบาล ใช้บรรณานุกรมที่รายงานการพยาบาลในการกำหนดและวัดคุณภาพการดูแล สำหรับหน่วยวิกฤต ซึ่งบรรณานุกรมที่รายงานประกอบด้วย 21 ตัวชี้วัดทางคลินิก ในการประเมินผลด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ตามกรอบแนวคิดคุณภาพของ Donabedian (1980) ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับวัดคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง จำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดต่อผู้ป่วย อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด คุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวนชั่วโมงการพยาบาลทั้งหมดต่อการดูแลผู้ป่วยหนึ่งราย ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การทำงานล่วงเวลาของพยาบาลวิชาชีพ และอัตราการบาดเจ็บในงานของบุคลากรทางการพยาบาล ตัวชี้วัดกระบวนการ มีจำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาล การประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและนำสู่การปฏิบัติ การจัดการความเจ็บปวด การดูแลความสมบูรณ์ของผิวหนัง การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย การประกันคุณภาพด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการดูแลที่จำเป็นที่ไม่มีการวางแผน ส่วนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ จำนวน 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราตาย ระยะเวลาวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการพยาบาล และการวางแผนจำหน่าย

อารี ชิวเกษมสุข และจินตนา ยูนิพันธ์ (2548) ศึกษาการพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดของ Eriksen (1988) โดยวัดด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล เทคนิคการพยาบาล การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล ความพร้อมในการพยาบาลของพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาลและผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตามเกณฑ์การประเมิน ที่มีค่าคะแนนคาดหวัง 100 คะแนน

ศิริพร เจริญพวงศันรา (2549) ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้กรอบแนวคิดของ NOC และใช้เทคนิควิจัยในลักษณะเคสฟาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล 7 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 7 คน อาจารย์พยาบาล 5 คน และแพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยาหรือประสาทศัลยศาสตร์ 2 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มีผู้ที่มีประสบการณ์มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล 60 รายการ เป็นรายการที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 42 รายการ และระดับมาก 18 รายการ จำแนกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย 3 รายการ กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา 28 รายการ กลุ่มสุขภาพจิตสังคม

9 รายการ กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 7 รายการ กลุ่มการรับรู้สุขภาพ 6 รายการ และกลุ่มสุขภาพครอบครัว 7 รายการ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกราย

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีผู้ศึกษาไว้หลายคน ดังนี้คือ

Pompei, Foreman, Rudberg, Inouye, Braund and Cassel (1994) ศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล) ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันและไม่มีความสับสนเฉียบพลัน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 โรงพยาบาล คือในรัฐอิลลินอยส์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 64 คน และไม่มีความสับสนเฉียบพลัน จำนวน 368 คน และในรัฐคอนเน็กติกัตมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 86 คน และไม่มีความสับสนเฉียบพลัน จำนวน 237 คน ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันคือ ร้อยละ 14.8 ในรัฐอิลลินอยส์ และร้อยละ 26.3 ในรัฐคอนเน็กติกัต อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและหลังจากออกจากโรงพยาบาล 90 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญ

George, Bleasdale, and Singleton (1997) ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและผลลัพธ์ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลทั่วไประดับตำบลในประเทศอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 171 คน และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 150 คน โดยศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และติดตามต่ออีก 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อ โดยเฉพาะที่ปอดและทางเดินปัสสาวะ เป็นสาเหตุมากกว่า 1 ใน 3 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการมองเห็นและการได้ยินจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากกว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

O’Keeffe and Lavan (1997) ศึกษาว่าการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถพยากรณ์ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในประเทศไอร์แลนด์ เป็นเวลา 18 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 94 คน และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสน

เจ็บปล้น จำนวน 131 คน ใช้ DSM-III เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัย ทำการประเมินภายใน 48 ชั่วโมง ของการรับไว้ในโรงพยาบาล และประเมินการรับรู้ทุกวันในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้น และทุก 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่าระยะวันนอนในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเจ็บปล้น และภาวะสับสนเจ็บปล้นเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ ระยะวันนอนในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล เช่น การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Inouye, Rushing, Foreman, Palmer and Pompei (1998) ศึกษาความชุกของภาวะสับสนเจ็บปล้นของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและอัตราการเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในเขตเมือง 3 แห่ง ในรัฐคอนเนกติกัต รัฐอิลลินอยส์ และรัฐโอไฮโอ ใช้ระยะเวลาศึกษา 5 เดือน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 727 คน และใช้ Confusion Assessment Method เป็นเครื่องมือในการวินิจฉัยภาวะสับสนเจ็บปล้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเจ็บปล้นร้อยละ 12 ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะสับสนเจ็บปล้น และผู้ป่วยจะเกิดภาวะเสื่อมถอยของร่างกายทั้งระหว่างอยู่โรงพยาบาลและเมื่อติดตามไปอีก 3 เดือน

Rockwood et al. (1999) สํารวจผลกระทบของภาวะสับสนเจ็บปล้นที่มีต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและอุบัติการณ์การตายมากกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นร่วมกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 22 คน เสียชีวิต 20 คน (ร้อยละ 91) ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นอย่างเดียวจำนวน 16 คน เสียชีวิต 10 คน (ร้อยละ 63) ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นและไม่มีการสมองเสื่อมจำนวน 148 คน เสียชีวิต 60 คน (ร้อยละ 41) และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเดียวจำนวน 17 คน เสียชีวิต 11 คน (ร้อยละ 65)

Marcantonio et al. (2005) ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้น ผู้ป่วยกึ่งสับสน และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเจ็บปล้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ในสถานพยาบาลในเมือง 7 แห่ง จำนวน 504 คน มีอายุ มากกว่า 65 ปี ซึ่งได้รับการทดสอบทางจิตโดย Confusion Assessment Method ในช่วง 5 วัน ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่าง ต่างกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเจ็บปล้น (ร้อยละ 73 ต่อ ร้อยละ 41) ภายใน 30 วัน ที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเจ็บปล้นมากกว่า 2 คน ต้องกลับเข้ามาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 30 ต่อ ร้อยละ 13) และน้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถส่งต่อในชุมชน (ร้อยละ 30 ต่อ ร้อยละ 73) และหลังจาก 6 เดือน พบอัตราการ

เสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 25 ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 5.7 และในกลุ่มผู้ป่วยกึ่งสับสน ร้อยละ 18.3

Siddiqi, House and Holmes (2006) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับผลลัพธ์และการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้วิธีการค้นหาจากฐานข้อมูลทาง อิเล็กทรอนิกส์ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมมี 42 งานวิจัย โดยเป็นเรื่องราวความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 - 31 พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใหม่ต่อการพักรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ร้อยละ 3 - 29 และอัตราการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะเปลี่ยนแปลงอยู่ระหว่างร้อยละ 11 - 42 ส่วนทางด้านผลลัพธ์มีการศึกษาไว้ 19 งานวิจัย และผลลัพธ์ของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 12 เดือน หลังจากจำหน่าย ระยะเวลา นอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างถาวรเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจากจำหน่าย 6 เดือน และ 12 เดือน

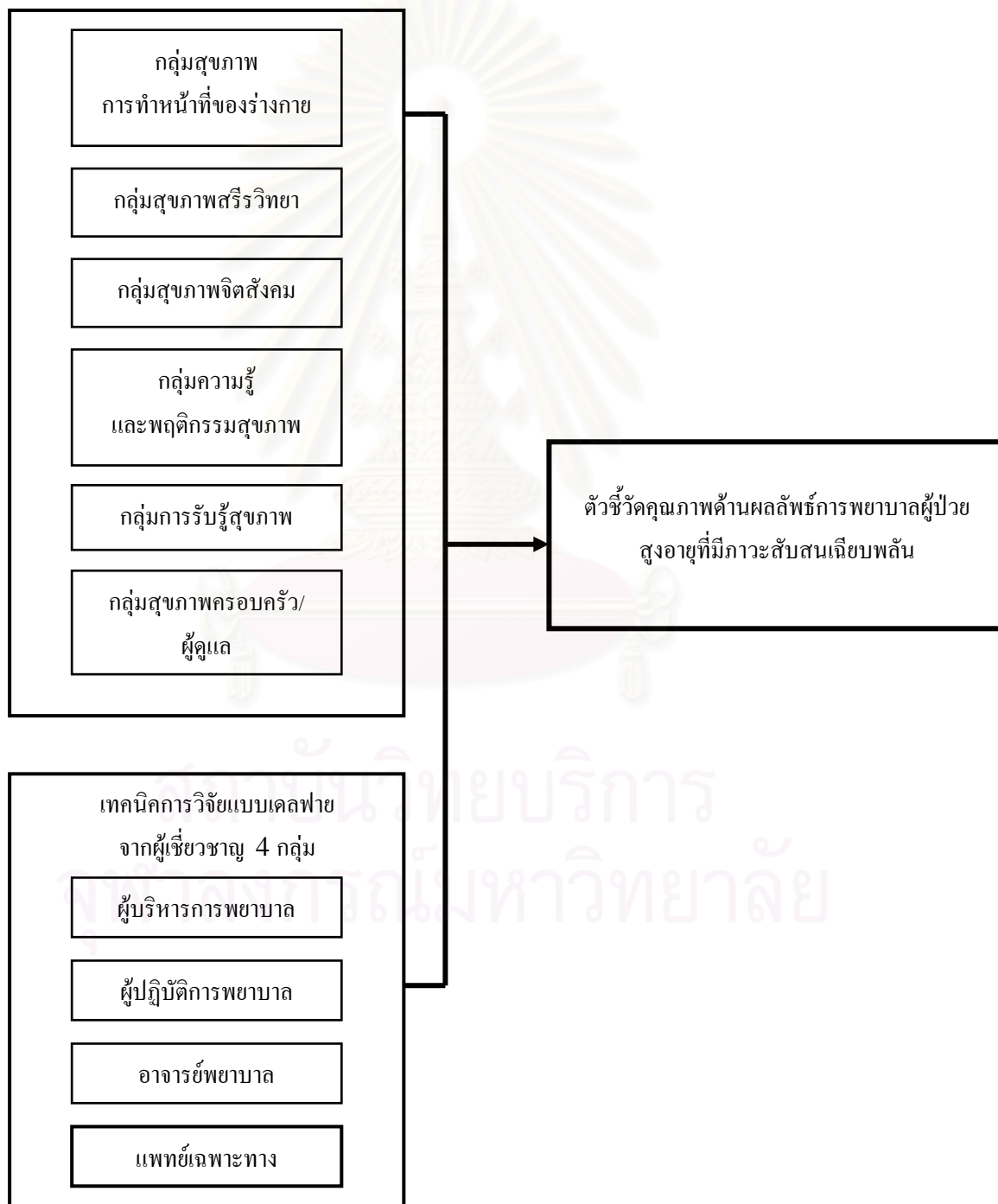
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้บูรณาการผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิด Nursing Outcomes Classification: NOC ของ Moorhead et al. (2004) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในบริบทของสังคมไทย การศึกษานี้ใช้การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ (ดังแผนภาพที่ 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
บูรณาการจากแนวคิด Nursing Outcomes Classification ของ
Moorhead et al. (2004) และแนวคิดการพยาบาลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยการใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Modified Delphi Technique) (ขนิษฐา วิทยาอนุมาศ, 2530; ชนิตา รักพลเมือง, 2539) และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาล 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) อาจารย์พยาบาล และ 4) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ให้ความคิดเห็นในขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัด ซึ่งเป็นขั้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจำนวนรวมทั้งสิ้น 20 คน

1. ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 จำแนกเป็น 4 กลุ่ม โดยจำแนกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 3 คน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1.1.1 มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

1.1.2 ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงอายุและ/หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่บริหารหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50

1.1.3 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1.2.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

1.2.2 ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

1.2.3 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

- 1.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านอาจารย์พยาบาล จำนวน 6 คน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้
- 1.3.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
 - 1.3.2 มีประสบการณ์การสอน ในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 5 ปี
 - 1.3.3 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 1.4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้ปวยสูงอายุ จำนวน 1 คน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้
- 1.4.1 จบหลักสูตรเฉพาะทาง วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
 - 1.4.2 มีผลงานในการรักษาผู้ปวยสูงอายุ
 - 1.4.3 มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น มีวิธีการในการคัดเลือกโดยการสอบถามจากอาจารย์ และบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาจากผลงานที่ปรากฏในเอกสาร หนังสือและงานวิจัย ทำการสุ่มสอบถามเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนด ร่วมกับการใช้เทคนิคบอทดหรือแนะนำต่อจนครบ 4 กลุ่ม จำนวน 21 คน นำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วทำการติดต่อขอเชิญเข้าร่วมในการวิจัย ได้ผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย ทั้งหมดจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522:27) เกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายพบว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจะลดลงคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก โดยทั่วไปการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายควรมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการวิจัย ประมาณ 17 - 25 คน จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้สามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มดังนี้ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3	คิดเป็นร้อยละ
1. ผู้บริหารการพยาบาล	3	3	3	15.00
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	10	10	10	50.00
3. อาจารย์พยาบาล	6	6	6	30.00
4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้ปวยสูงอายุ	1	1	1	5.00
รวม	20	20	20	100

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด คือ ร้อยละ 50 (จำนวน 10 คน) รองลงมาคืออาจารย์พยาบาล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 เป็นผู้บริหารการพยาบาล 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้ป่วยสูงอายุ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน เข้าร่วมการวิจัยครบทั้ง 3 รอบ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 10 จำนวนร้อยละของคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านวุฒิการศึกษา และองค์การที่ปฏิบัติงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	ผู้บริหาร การพยาบาล (n ₁ =3)	ผู้ปฏิบัติ การพยาบาล (n ₂ =10)	อาจารย์ พยาบาล (n ₃ =6)	แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ (n ₄ =1)
วุฒิการศึกษาสูงสุด				
ปริญญาโท	3(100.00)	10(100.00)	3(50.00)	-
ปริญญาเอก	-	-	3(50.00)	1(100.00)
องค์การที่ปฏิบัติงาน				
กระทรวงสาธารณสุข	-	4(40.00)	-	-
มหาวิทยาลัยของรัฐ	2(66.67)	4(40.00)	6(100.00)	1(100.00)
สภากาชาดไทย	1(33.33)	2(20.00)	-	-
รวม	3	10	6	1

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้ป่วยสูงอายุ วุฒิการศึกษาสูงสุดในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาล คือ ระดับปริญญาโท ส่วนกลุ่มอาจารย์พยาบาล จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาเอก ร้อยละ 50 และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านผู้ป่วยสูงอายุ จบการศึกษาเทียบเท่าระดับปริญญาเอก ร้อยละ 100 และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐมากที่สุด รองลงมาคือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้า

หอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนรวมทั้งสิ้น 30 คน (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านตำแหน่งงาน ด้านวุฒิการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงาน

สถานภาพส่วนบุคคล	พยาบาลระดับหัวหน้าเวร (n ₁ =18)		หัวหน้าหอผู้ป่วย (n ₂ =12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษาสูงสุด				
ปริญญาตรี	14	77.78	6	50.00
ปริญญาโท	4	22.22	6	50.00
แผนกผู้ป่วย				
อายุรกรรม	16	88.88	9	75.00
ศัลยกรรม	1	5.56	2	16.67
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	1	5.56	1	8.33
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน				
1-5 ปี	1	5.55	-	-
6-10 ปี	2	11.11	-	-
11-15 ปี	3	16.66	1	8.33
16-20 ปี	6	33.33	1	8.33
21-25 ปี	5	27.80	3	25.00
26-30 ปี	-	-	4	33.34
> 30 ปี	1	5.55	3	25.00
รวม	18	100.00	12	100.00

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุไปใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติการพยาบาล วุฒิการศึกษาสูงสุดในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลคือระดับปริญญาโท ร้อยละ 50 และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร คือ ระดับปริญญาโท ร้อยละ 22.22

สถานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 75 หอผู้ป่วย ศัลยกรรมร้อยละ 16.67 หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 8.33 สถานที่ปฏิบัติงานในกลุ่ม พยาบาลระดับหัวหน้าเวรปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 88.88 หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 5.56 ประสบการณ์การปฏิบัติงานมากที่สุด ของกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล คือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ระหว่าง 26 - 30 ปี และพยาบาลระดับ หัวหน้าเวร มีค่าเท่ากันคือ ร้อยละ 33.33

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมตลอดทุกขั้นตอนของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามถึงโครงสร้าง ชนิดปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และ สรุปประเด็นที่สำคัญ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน นำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อ คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามที่สร้าง ขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของการใช้ภาษาและครอบคลุมเนื้อหาของเรื่องที่จะ ทำการศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการควบคุมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับ สมบูรณ์ โดยมีการปรับแก้เนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มาก ที่สุด

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดที่ 1 มีดังนี้

1. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลัน ที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มี อะไรบ้าง

1.1 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกายเป็น ตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [การเคลื่อนไหว ของร่างกาย (Mobility) การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การพักผ่อน (Rest) และ การนอนหลับ (Sleep)]

1.2 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยาเป็นตัวชี้วัดสำหรับผู้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Hypoxia) สัญญาณชีพ (Vital signs) สภาวะทางระบบประสาท (Neurological status: Consciousness) การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Cognitive orientation) การสื่อสาร

(Communication) การมีสมาธิ (Concentration) การตัดสินใจ (Decision-making) การรับข้อมูล (Information processing) ความจำ (Memory) ความสมดุลของเกลือแร่และกรด - ด่าง (Electrolyte & Acid/Base balance) ความสมดุลของสารน้ำ (Fluid balance) ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood glucose level) การขับถ่ายอุจจาระ (Bowel elimination) การขับถ่ายปัสสาวะ (Urinary elimination) การติดเชื้อ (Infection) การพลัดตกหกล้ม (Fall) การบาดเจ็บจากการผูกคอตึง]

1.3 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตสังคมเป็นตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Distorted thought self-control) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความเครียด (Stress) การปรับตัวและเผชิญปัญหา]

1.4 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ]

1.5 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มการรับรู้สุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [การรับรู้อาการเจ็บป่วย ความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้ต่ออาการปวด ความพึงพอใจต่อสถานะสุขภาพ]

1.6 ท่านคิดว่าผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นตัวชี้วัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้หรือไม่ และมีอะไรบ้าง [การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อสถานะของผู้ป่วย (Caregiver adaptation to patient institutionalization) ความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย]

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Likert scale 5 ระดับ ที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ต่อระดับความสำคัญของผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือ ความสำคัญมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ข้อคำถามในรอบนี้ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตอบและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 1 โดยจัดเป็นกลุ่มของผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้ 6 กลุ่ม นำมาสร้างข้อคำถามรายการผลลัพธ์ทั้งหมดจำนวน 58 รายการ พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในรอบที่ 2 ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามรอบที่ 1 แบ่งเป็น 6 กลุ่ม รายการผลลัพธ์การพยาบาล มีดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 7 รายการ มีดังนี้

1.1 การเคลื่อนไหวของร่างกาย

- 1.2 การบาดเจ็บจากการผูกมัด
- 1.3 การพลัดตกหกล้ม
- 1.4 การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- 1.5 การนอนหลับ
- 1.6 Functional status ขณะอยู่โรงพยาบาล
- 1.7 ปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา
2. กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา จำนวน 19 รายการ มีดังนี้
 - 2.1 ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด
 - 2.2 สัญญาณชีพ
 - 2.3 ระดับความรู้สึกตัว
 - 2.4 การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
 - 2.5 การสื่อสาร
 - 2.6 การมีสมาธิ
 - 2.7 การตัดสินใจ
 - 2.8 การรับข้อมูล
 - 2.9 ความจำ
 - 2.10 ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง
 - 2.11 ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
 - 2.12 ภาวะขาดน้ำ
 - 2.13 ภาวะโภชนาการ
 - 2.14 การขับถ่ายปัสสาวะ
 - 2.15 การขับถ่ายอุจจาระ
 - 2.16 การติดเชื้อ
 - 2.17 ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct)
 - 2.18 ภาวะคั่งของของเสีย
 - 2.19 อัตราการเกิดแผลกดทับ
3. กลุ่มสุขภาพจิตสังคม จำนวน 9 รายการ มีดังนี้
 - 3.1 อาการประสาทหลอน
 - 3.2 ความสามารถในการควบคุมตนเอง
 - 3.3 การแปรปรวนของอารมณ์
 - 3.4 อาการหลงผิด (Delusion)

- 3.5 ความผิดปกติของการรับรู้
- 3.6 Cognitive
- 3.7 การดึงอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย
- 3.8 Mental status ขณะอยู่โรงพยาบาล
- 3.9 สภาพแวดล้อมที่สงบเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยสับสนเฉียบพลัน
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 รายการ มีดังนี้
 - 4.1 การป้องกันความเสี่ยง
 - 4.2 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
 - 4.3 ความเชื่อเรื่องสุขภาพ
 - 4.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการรักษาพยาบาล
 - 4.5 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงขณะเจ็บป่วยความรู้เกี่ยวกับ

การปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย)
5. กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 5 รายการ มีดังนี้
 - 5.1 การรับรู้อาการเจ็บป่วย
 - 5.2 การรับรู้ความสบาย
 - 5.3 การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด
 - 5.4 การรับรู้การมีสุขภาพที่ดี
 - 5.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อสภาวะสุขภาพ
6. กลุ่มผลลัพธ์ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 12 รายการ มีดังนี้
 - 6.1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแล
 - 6.2 ความเครียดของผู้ดูแล
 - 6.3 ความกลัวของผู้ดูแล
 - 6.4 ความพอใจของผู้ดูแล
 - 6.5 การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อสภาวะของผู้ป่วย
 - 6.6 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 - 6.7 การรับรู้ของครอบครัวในขณะเกิดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
 - 6.8 ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
 - 6.9 ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
 - 6.10 การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 - 6.11 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ
 - 6.12 ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	ท่านเห็นว่าผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญมากที่สุด
4	ท่านเห็นว่าผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญมาก
3	ท่านเห็นว่าผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญปานกลาง
2	ท่านเห็นว่าผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญน้อย
1	ท่านเห็นว่าผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญน้อยที่สุด

เมื่อได้แบบสอบถามรอบที่ 2 คืนจากผู้เชี่ยวชาญ นำคำตอบมาวิเคราะห์ห้ข้อมูล ด้วยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของคำถามแต่ละข้อ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ถิ่นทามติจากการตอบกลับแบบสอบถาม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย			
1.1 การปลัดตกหกล้ม	4.71	0.29	มากที่สุด
1.2 การนอนหลับ	4.69	0.31	มากที่สุด
1.3 การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	4.62	0.65	มากที่สุด
1.4 Functional status ขณะอยู่โรงพยาบาล	4.62	0.81	มากที่สุด
1.5 การบาดเจ็บจากการผูกยึด	4.58	1.04	มากที่สุด
1.6 ปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	4.35	1.11	มาก
1.7 การเคลื่อนไหวของร่างกาย	4.33	1.23	มาก
2. กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา			
2.1 ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย	4.67	0.34	มากที่สุด
2.2 ภาวะขาดน้ำ	4.64	0.50	มากที่สุด
2.3 ระดับความรู้สึกรู้ตัว	4.62	0.81	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
2.4 ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด	4.62	0.98	มากที่สุด
2.5 การติดเชื้อ	4.58	0.80	มากที่สุด
2.6 ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง	4.55	1.08	มากที่สุด
2.7 การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล	4.55	1.08	มากที่สุด
2.8 การสื่อสาร	4.55	1.08	มากที่สุด
2.9 ความจำ	4.55	1.61	มากที่สุด
2.10 สัญญาณชีพ	4.49	1.26	มาก
2.11 ภาวะโภชนาการ	4.49	1.26	มาก
2.12 ภาวะกึ่งของงของเสีย	4.29	1.43	มาก
2.13 การรับข้อมูล	4.21	1.20	มาก
2.14 การขับถ่ายอุจจาระ	4.21	1.20	มาก
2.15 การขับถ่ายปัสสาวะ	4.16	1.45	มาก
2.16 อัตราการเกิดแผลกดทับ	3.99	2.20	มาก
2.17 ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct)	3.83	1.76	มาก
2.18 การตัดสินใจ	3.83	2.69	มาก
2.19 การมีสมาธิ	3.49	2.09	มาก
3. กลุ่มสุขภาพจิตสังคม			
3.1 ความสามารถในการควบคุมตนเอง	4.61	0.81	มากที่สุด
3.2 ความผิดปกติของการรับรู้	4.61	0.98	มากที่สุด
3.3 การแปรปรวนของอารมณ์	4.58	1.55	มากที่สุด
3.4 อาการประสาทหลอน	4.55	0.94	มากที่สุด
3.5 สภาพแวดล้อมที่สงบเอื้อต่อการดูแล ผู้ป่วยสับสนเฉียบพลัน	4.49	1.09	มาก
3.6 อาการหลงผิด (Delusion)	4.33	1.23	มาก
3.7 การดึงอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ใน ร่างกาย	4.24	1.56	มาก

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3.8 Cognitive	4.16	1.58	มาก
3.9 Mental status ขณะอยู่โรงพยาบาล	4.09	1.59	มาก
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ			
4.1 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	4.61	0.98	มากที่สุด
4.2 การป้องกันความเสี่ยง	4.49	1.76	มาก
4.3 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย)	4.33	1.23	มาก
4.4 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัย เสี่ยงขณะเจ็บป่วย	4.16	1.69	มาก
4.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการ รักษาพยาบาล	3.99	1.65	มาก
4.6 ความเชื่อเรื่องสุขภาพ	3.07	3.40	ปานกลาง
5. กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ			
5.1 การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด	4.64	0.57	มากที่สุด
5.2 การรับรู้ความสบาย	4.49	1.46	มาก
5.3 การรับรู้อาการเจ็บป่วย	4.35	1.08	มาก
5.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อสภาวะ สุขภาพ	4.16	1.50	มาก
5.5 การรับรู้การมีสภาวะที่ดี	4.00	1.46	มาก
6. กลุ่มผลลัพธ์ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล			
6.1 การป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	4.71	0.29	มากที่สุด
6.2 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซ้ำ	4.69	0.13	มากที่สุด
6.3 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.69	0.31	มากที่สุด
6.4 ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	4.69	0.31	มากที่สุด
6.5 ความเครียดของผู้ดูแล	4.69	0.31	มากที่สุด

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน เฉียบพลัน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6.6 ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล	4.67	0.34	มากที่สุด
6.7 การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อสภาวะของผู้ป่วย	4.67	0.34	มากที่สุด
6.8 ความผาสุกของผู้ดูแล	4.67	0.34	มากที่สุด
6.9 ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ถูกต้อง	4.64	0.53	มากที่สุด
6.10 การรับรู้ของครอบครัวในขณะเกิด ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	4.64	0.58	มากที่สุด
6.11 ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย สูงอายุ	4.58	0.90	มากที่สุด
6.12 ความกลัวของผู้ดูแล	4.49	0.88	มาก

จากตารางที่ 12 เป็นนันทามติจากการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้มีการปรับข้อความของผลลัพธ์การพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น มีรายการผลลัพธ์ที่ถูกตัดออกไปจากแบบสอบถามรอบนี้ จำนวน 18 รายการ และมีการจัดกลุ่มรายการผลลัพธ์การพยาบาลใหม่ ดังนี้

1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย รายการผลลัพธ์ที่ถูกตัดออกจำนวน 1 รายการ ได้แก่ Functional status ขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนการบาดเจ็บจากการผูกยึด การพลัดตกหกล้ม ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่าเป็นเรื่องของความเสี่ยงและเป็นภาวะแทรกซ้อน จึงให้ปรับเปลี่ยนไปไว้ในกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ในกลุ่มนี้เหลือรายการผลลัพธ์ 4 รายการคือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

2) กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา รายการผลลัพธ์ที่ถูกตัดออก จำนวน 6 รายการ ได้แก่ การมีสมาธิ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญปานกลางและมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (มัธยฐาน 3.49 และค่าพิสัยควอไทล์ 2.09) การตัดสินใจ ความจำ ระดับความเข้มข้นของเลือด(Hct) และการเกิดแผลกดทับ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2.69, 1.61, 1.76 และ

2.20 ตามลำดับ) และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแสดงความความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า การตัดสินใจ ความจำ เป็นอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าจะเป็นผลลัพธ์การพยาบาล และระดับความเข้มข้นของเลือด(Hct) และการเกิดแผลกดทับไม่ใช่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลฝ่ายเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขา ส่วนภาวะขาดน้ำเป็นเรื่องเดียวกับความสมดุลของน้ำในร่างกายสามารถรวมเป็นข้อเดียวกันได้ ทำให้ในกลุ่มนี้เหลือรายการผลลัพธ์ 13 รายการ

3) กลุ่มสุขภาพจิตสังคม รายการผลลัพธ์การพยาบาลที่ถูกตัดออกได้แก่ อาการประสาทหลอน ความสามารถในการควบคุมตนเอง การแปรปรวนของอารมณ์ อาการหลงผิด ความผิดปกติของการรับรู้ Mental status ขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องเดียวกับ Cognitive สามารถรวมกันได้ และให้รับข้อความจาก Cognitive เป็นการรับรู้เซาวิปัญญา ส่วนสภาพแวดล้อมที่ส่งเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยสับสนเฉียบพลัน เป็นการจัดการจากผู้อื่นไม่ใช่เป็นผลลัพธ์การพยาบาล ทำให้เหลือรายการผลลัพธ์การพยาบาล 2 รายการ คือ การรับรู้เซาวิปัญญา และการดัดอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย และเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยน ไปอยู่ในกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพจิตสังคมถูกขยับทิ้งไป

4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ รายการผลลัพธ์ที่ถูกตัดออกจำนวน 4 รายการ ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงขณะเจ็บป่วย ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1.76, 1.65, 1.69 ตามลำดับ) ส่วนความเชื่อเรื่องสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญปานกลางและมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน (มัธยฐาน 3.07 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 3.39) จึงเหลือรายการผลลัพธ์ เพียง 2 รายการ คือ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย) เมื่อรวมกับรายการผลลัพธ์ที่ย้ายกลุ่มมาอีก 4 รายการ คือ การบาดเจ็บจากการผูกยึด การพลัดตกหกล้ม การรับรู้เซาวิปัญญา และการดัดอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย ทำให้ในกลุ่มนี้มีรายการผลลัพธ์ทั้งหมด 6 รายการ

5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ รายการผลลัพธ์มีจำนวนเท่าเดิม คือ 5 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความรายการผลลัพธ์การรับรู้การมีสุขภาพที่ดี เป็นการรับรู้สุขภาพของตนเอง

6) กลุ่มสุขภาพด้านครอบครัว/ผู้ดูแล รายการผลลัพธ์มีจำนวนเท่าเดิม คือ 12 รายการ มีการเปลี่ยนแปลงข้อความ ภาษาของรายการผลลัพธ์บางรายการ เพื่อให้มีความชัดเจนขึ้น

สรุปรายการผลลัพธ์พยาบาลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มี 5 กลุ่ม ประกอบด้วย รายการผลลัพธ์ จำนวน 40 รายการ

ชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ยืนยันความเหมาะสมของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือ ความสำคัญมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำ

คำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของคำถามแต่ละข้อ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม โดยมีการปรับข้อความในแบบสอบถามบางข้อให้มีความชัดเจนขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนรายการผลลัพธ์บางรายการให้เหมาะสมกับกลุ่มตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และเพิ่มเติมการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมวิจัยได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม โดยแสดงเป็นข้อมูลทางสถิติ เป็นตำแหน่งของค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ของค่าคะแนนโดยรวมและตำแหน่งคะแนนที่คุณเชี่ยวชาญท่านนั้นตอบ

โดยข้อคำถามในรอบที่ 3 ได้รับการปรับปรุงและผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ได้ข้อคำถาม จำนวน 40 รายการ เป็นผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน	4	รายการ
2. กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	จำนวน	13	รายการ
3. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	6	รายการ
4. กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	5	รายการ
5. กลุ่มผลลัพธ์ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล	จำนวน	12	รายการ

ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญจะทราบระดับความคิดเห็นของตนเองที่ได้ให้ความสำคัญของแต่ละข้อรายการผลลัพธ์ ที่เหมือนหรือแตกต่างจากกลุ่ม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันการคงคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับคำตอบของกลุ่ม ถ้าผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ≤ 1.50 ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ > 1.50 ต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในแบบสอบถาม และระบุความหมายระดับคะแนนไว้ ดังนี้

ค่ามัธยฐานใช้สัญลักษณ์ ☆

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมาใช้สัญลักษณ์ ●

การแปลความหมายค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในแต่ละรายการ ดังนี้

<u>ค่ามัธยฐาน</u>	<u>ความหมาย</u>
4.50 - 5.00	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญมากที่สุด
3.50 - 4.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญมาก
2.50 - 3.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญปานกลาง
1.50 - 2.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญน้อย
ต่ำกว่า 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มีความสำคัญน้อยที่สุด

<u>ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์</u>	<u>ความหมาย</u>
≤ 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้สอดคล้องกัน
> 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้ไม่สอดคล้องกัน

การสรุปและอภิปรายผลมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ตรงตามเกณฑ์ดังนี้

- 1.1. ค่ามัธยฐานมีค่าอยู่ในระดับมาก คือ มีค่ามากกว่า 3.50 ขึ้นไป
- 1.2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

2. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ผ่านเกณฑ์ข้อ 1 ถือว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อความนั้นเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ชุดที่ 4 เป็นแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยนำไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยลักษณะแบบสอบถามระดับความเป็นไปได้เป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 หมายถึง ความเป็นไปได้มากที่สุดถึงความ เป็นไปได้ น้อยที่สุด

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพการ พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>คะแนน</u>	<u>ความหมาย</u>
5	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด
4	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก
3	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง
2	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย
1	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

การตัดสินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลัน ไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และมีเกณฑ์ตัดสิน ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

<u>ค่าเฉลี่ย</u>	<u>ความหมาย</u>
4.50 - 5.00	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด
3.50 - 4.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก
2.5 - 3.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง
1.50 - 2.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย
1.00 - 1.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟายครั้งนี้ มีจำนวน 3 รอบ หลังจากนั้น นำไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในรอบที่ 1

เมื่อได้รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วผู้วิจัยติดต่อ ขอเรียนเชิญผู้มีรายชื่อ อย่างไม่เป็นทางการ โดยการโทรศัพท์ติดต่อก่อน โดยภายหลังได้รับ อนุมัติจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วจึงนำหนังสือเชิญ

จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และแบบสอบถามถึง โครงสร้างที่เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ ในการติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 คน ผู้วิจัยติดต่อบุคคลผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียด นัดวันขอรับแบบสอบถาม และขออนุญาตทางตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกิดเวลาที่นัดไว้ สำหรับผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในต่างจังหวัด จำนวน 10 คน ผู้วิจัยติดต่อทางโทรศัพท์ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ และขอความร่วมมือให้ผู้เชี่ยวชาญส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากร ที่ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้วิจัยแนบไปพร้อมกับแบบสอบถามที่ส่งไปให้ เพื่อความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญในการจัดส่งกลับ

ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 นี้ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากข้อคำถามที่ได้ตั้งขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีผู้เชี่ยวชาญที่ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามเป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 1 คน แต่สะดวกในการให้สัมภาษณ์มากกว่า เพื่อที่จะได้ประเด็นที่ครอบคลุมและได้คำตอบชัดเจนมีความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งจากแบบสอบถามและการให้สัมภาษณ์ จนครบทุกคน จำนวน 20 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รอบที่ 1 ตั้งแต่ วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551 ใช้เวลาทั้งสิ้น 39 วัน

ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มี 6 กลุ่ม ดังนี้ คือ 1) กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) กลุ่มสุขภาพสติรวิทยา 3) กลุ่มสุขภาพจิตสังคม 4) กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 5) กลุ่มการรับรู้สุขภาพ 6) กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

ผลจากการบูรณาการการทบทวนวรรณกรรม กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 1 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 (ต่อ)

กลุ่มผลลัพธ์ การพยาบาล	รายการผลลัพธ์	การทบทวน วรรณกรรม	การวิเคราะห์ เนื้อหา แบบสอบถาม
	15. การขับถ่ายอุจจาระ 16. การติดเชื้อ 17. ระดับความเข้มข้นของเลือด 18. ภาวะกึ่งของของเสีย 19. อัตราการเกิดแผลกดทับ	✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓
3. กลุ่มสุขภาพ จิตสังคม	1. อาการประสาทหลอน 2. ความสามารถในการควบคุมตนเอง 3. การแปรปรวนของอารมณ์ 4. อาการหลงผิด (Delusion) 5. ความผิดปกติของการรับรู้ 6. Cognitive 7. การดิ่งอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ ในร่างกาย 8. Mental status ขณะอยู่โรงพยาบาล 9. สภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อ ดูแลผู้ป่วยสับสนเจ็บพลัน	✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
4. กลุ่มความรู้ และพฤติกรรม สุขภาพ	1. การป้องกันความเสี่ยง 2. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 3. ความเชื่อเรื่องสุขภาพ 4. ความรู้เกี่ยวกับโรคและขั้นตอนการ รักษาพยาบาล 5. การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและ ปัจจัยเสี่ยงขณะเจ็บป่วย 6. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย)	✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรมและจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ได้เป็นผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งหมด จำนวน 58 รายการ ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์รอบที่ 1 โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามแต่ละข้อตามความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญของผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละรายการผลลัพธ์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ทั้งในเรื่องของภาษา การจัดแบ่งกลุ่มข้อรายการของผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้กำหนดวันรับแบบสอบถามคือ โดยการไปรับด้วยตนเอง และขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญในต่างจังหวัดส่งผลการตอบคำถามกลับคืนทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากร ที่ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้วิจัยเพื่อความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญในการจัดส่งกลับ ซึ่งในขณะนี้ มีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตอบแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ต ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ถึง วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลาในรอบนี้ 19 วัน และได้แบบสอบถามครบถ้วนทั้ง 20 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถาม รอบที่ 3 โดยระบุความคิดเห็นโดยภาพรวมของกลุ่ม และคำตอบของแต่ละบุคคล จากการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 2 และจัดส่งให้แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อการยืนยันคำตอบเดิม เพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบนี้อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อนั้น ต้องแสดงเหตุผลในช่องเหตุผลข้อนั้น ๆ ด้วย

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลาในรอบนี้ 12 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนทั้ง 20 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่ได้รับการยืนยันความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว มาวิเคราะห์และได้ตัวชี้วัดจำนวน 40 รายการ นำมาจัดทำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยนำไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน รวมทั้งหมด จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุ

จำนวนมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้คะแนนตัดสินความเป็นไปได้ในระดับมากขึ้นไป คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 ถึง 5.00 มีความเป็นไปได้ระดับมากที่สุด และค่าคะแนน 3.50 ถึง 4.49 มีความเป็นไปได้ระดับมาก

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลาในรอบนี้ 9 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนทั้ง 30 ฉบับ

สรุประยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 79 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในขั้นตอนของเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม แฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เพราะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องนั้นโดยตรง รวมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญได้ปรับแก้ไขในด้านภาษาและตรวจสอบคำตอบของตนเอง ซึ่งการใช้เกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม การจัดข้อคำถามในการสัมภาษณ์และในแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ และใช้เวลาอย่างเหมาะสม ไม่นานจนเกินไป จึงจะทำให้ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มสูงขึ้น (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530) เครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ข้อมูลมีความสอดคล้องกัน โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) ไม่เกิน 1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงของผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันพร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการแก้ไข ในรอบที่ 3 มีการแก้ไขและเพิ่มเติม ร้อยละ 18.37 ของข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ Murry and Hammons (1995) ระบุว่าหากการเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นน้อยกว่า ร้อยละ 20 สามารถยุติการสอบถามรอบถัดไปได้ ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามเพียงรอบที่ 3

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ต้องสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. การรักษาความลับของข้อมูลเมื่อได้แบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามเป็นข้อคำถามถึงโครงสร้างที่เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ในรอบที่ 1 และแบบสอบถาม ในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละรอบ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำข้อที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบแรกนี้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งเป็น 6 กลุ่มคือ

1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา
3. กลุ่มสุขภาพจิตสังคม
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
5. กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ
6. กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล รอบที่ 2

ดำเนินการโดยนำคำตอบในรอบที่ 1 มาสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert scale ให้น้ำหนักคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 (มีความสำคัญมากที่สุดถึงความสำคัญน้อยที่สุด) คำตอบที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ของผลลัพธ์การพยาบาลแต่ละรายการ โดยการแทนค่าในสูตร ดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแปลผลค่ามัธยฐาน (Median) จากสูตร ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$Md = L_{md} + \left[\frac{N - CF}{f_{md}} \right] \quad (i)$$

Md = ค่ามัธยฐาน

L_{md} = จุดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้น

CF = ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นจุดจำกัดบน ของคะแนนในชั้นก่อนชั้นมัธยฐาน

f_{md} = ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในแต่ละข้อ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน

ความหมาย

4.50 – 5.00	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มี ความสำคัญมากที่สุด
3.50 - 4.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มี ความสำคัญมาก
2.50 - 3.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มี ความสำคัญปานกลาง
1.50 - 2.49	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มี ความสำคัญน้อย
ต่ำกว่า 1.50	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้มี ความสำคัญน้อยที่สุด

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

คำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) โดยคำนวณค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 3 กับควอไทล์ที่ 1 จากสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

$$IR = Q_3 - Q_1$$

คำนวณหา Q_1 และ Q_3 จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + \left[\frac{N - CF}{F_{Q_1}} \right] \quad (i)$$

Q_1 = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1

L_{Q_1} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้น

CF = ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1

F_{Q_1} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 1

$$Q_3 = L_{Q_3} + \left[\frac{N - CF}{F_{Q_3}} \right] \quad (i)$$

Q_3 = ค่ามัชฌิมฐาน

L_{Q_3} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้น

CF = ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3

F_{Q_3} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 3

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (ชนิษฐา วิทยานุมาศ, 2530) ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในข้อนั้นสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่มากกว่า 1.50 แสดงว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ในรอบที่ 3

ผู้วิจัยแสดงตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละรายการผลลัพธ์การพยาบาล และตำแหน่งคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน จัดทำเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ ที่ใช้ข้อความเดิมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แต่ยังคงความหมายเดิม

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูล ในรอบที่ 3 เพื่อให้ได้รายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่แสดงถึงความสำคัญและความสอดคล้องตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลนั้น นำไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 12 คน และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 18 คน รวม 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และให้ความหมายตามเกณฑ์ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต, 2538)

<u>ค่าเฉลี่ย</u>	<u>ความหมาย</u>
4.50 - 5.00	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด
3.50 - 4.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มาก
2.50 - 3.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง
1.50 - 2.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อย
1.00 - 1.49	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้น้อยที่สุด

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเป็นไปได้ คือการหาค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ของกลุ่มผู้ผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดการตัดสินใจในระดับมากขึ้นไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ในการกำหนดรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัย และประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50

ผลการศึกษานี้ได้ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 40 รายการ ซึ่งจำแนกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน	4	รายการ
2. กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	จำนวน	13	รายการ
3. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	6	รายการ
4. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	จำนวน	5	รายการ
5. กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล	จำนวน	12	รายการ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ นำเสนอในรูปตาราง ที่แสดงถึงระดับความสำคัญ ความสอดคล้องและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยรวมและรายกลุ่ม

1. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยรวม ประกอบด้วย 5 กลุ่ม แสดงถึงระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาล (ตารางที่ 14)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาล	ความสำคัญ		ระดับ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Md	IR	ความ สำคัญ	Mean	SD	ความเป็น ไปได้
1. กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล	4.73	0.31	มากที่สุด	4.27	0.75	มาก
2. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ ของร่างกาย	4.70	0.46	มากที่สุด	4.18	0.75	มาก
3. กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	4.64	0.59	มากที่สุด	4.09	0.88	มาก
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรม สุขภาพ	4.61	0.64	มากที่สุด	4.13	0.86	มาก
5. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	4.58	0.84	มากที่สุด	4.01	0.85	มาก

จากตารางที่ 14 แสดงถึงลำดับความสำคัญของกลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ทั้ง 5 กลุ่ม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับความสำคัญมากที่สุด จำนวน 5 กลุ่ม เรียงตามค่ามัธยฐานสูงสุด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มการรับรู้สุขภาพ (ค่ามัธยฐาน 4.73, 4.70, 4.64, 4.61 และ 4.58 ตามลำดับ)

สำหรับระดับความเป็นไปได้ในการนำกลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าวร ให้ความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในระดับมากทุกกลุ่ม เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา และกลุ่มการรับรู้สุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 4.27, 4.18, 4.09, 4.13 และ 4.01 ตามลำดับ)

2. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน รายกลุ่ม แสดงถึงระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในแต่ละกลุ่มตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเรียงลำดับตามค่ามัธยฐานสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่

ของร่างกาย ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ

2.1 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 12 รายการ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพ ครอบครัว/ผู้ดูแล	ความสำคัญ		ระดับ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Md	IR	ความสำคัญ	Mean	SD	ความเป็นไปได้
1. ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	4.75	0.25	มากที่สุด	4.53	0.68	มากที่สุด
2. การป้องกันการเกิดภาวะตับสนเฉียบพลันซ้ำ	4.75	0.25	มากที่สุด	4.50	0.57	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล	4.75	0.25	มากที่สุด	4.50	0.57	มากที่สุด
4. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว	4.75	0.25	มากที่สุด	4.37	0.59	มาก
5. การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อสถานะของผู้ป่วย	4.74	0.26	มากที่สุด	4.17	1.04	มาก
6. การรับรู้ของครอบครัว ในขณะที่เกิดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	4.74	0.26	มากที่สุด	4.27	0.61	มาก
7. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว	4.72	0.28	มากที่สุด	4.30	0.70	มาก
8. ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล	4.72	0.28	มากที่สุด	4.10	0.88	มาก
9. ความเครียดของครอบครัว/ผู้ดูแล	4.72	0.28	มากที่สุด	4.20	0.92	มาก

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพ ครอบครัว/ผู้ดูแล	ความสำคัญ		ระดับ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Md	IR	ความสำคัญ	Mean	SD	ความเป็นไปได้
10. ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.23	0.79	มาก
11. ความกลัวของครอบครัว/ ผู้ดูแล	4.64	0.49	มากที่สุด	4.07	0.85	มาก
12. ระดับสุขภาวะของผู้ดูแล	4.64	0.52	มากที่สุด	4.00	0.77	มาก

จากตารางที่ 15 กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 12 รายการ และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยให้คะแนนความสำคัญระดับมากที่สุดทุกรายการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับคะแนนความสำคัญสูงสุดเท่ากันมี 4 รายการ ได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (ค่ามัธยฐาน 4.75 เท่ากันทั้ง 4 รายการ)

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล ประเมิน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 12 รายการ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับมากที่สุด จำนวน 3 รายการ และระดับมาก จำนวน 9 รายการ โดยระดับคะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ยสูงสุด 3 รายการ ได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 4.53, 4.50 และ 4.50 ตามลำดับ)

ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล มีความสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มีจำนวน 3 รายการ

2.2 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 4 รายการ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย

ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย	ความสำคัญ		ระดับ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Md	IR	ความสำคัญ	Mean	SD	ความเป็นไปได้
1. การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	4.72	0.28	มากที่สุด	4.53	0.60	มากที่สุด
2. การนอนหลับ	4.72	0.28	มากที่สุด	4.33	0.60	มาก
3. ปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	4.67	0.33	มากที่สุด	3.70	0.84	มาก
4. การเคลื่อนไหวของร่างกาย	4.50	0.96	มากที่สุด	4.17	0.86	มาก

จากตารางที่ 16 จะเห็นว่ากลุ่มผลลัพธ์การทำหน้าที่ของร่างกาย สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 4 รายการ โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยให้คะแนนความสำคัญระดับมากที่สุดทุกรายการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับคะแนนความสำคัญสูงสุดเท่ากันมี 2 รายการ ได้แก่ การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการนอนหลับ (ค่ามัธยฐาน 4.72 เท่ากัน)

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 4 รายการ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับมากที่สุด จำนวน 1 รายการ และระดับมาก จำนวน 3 รายการ โดยระดับคะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ได้แก่ การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (คะแนนเฉลี่ย 4.53)

ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด 1 รายการ

2.3 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 13 รายการ (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา

ตัวชี้วัดคุณภาพ กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	ความสำคัญ		ระดับ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Md	IR	ความสำคัญ	Mean	SD	ความเป็นไปได้
1. ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย	4.74	0.26	มากที่สุด	4.57	0.54	มากที่สุด
2. ระดับความรู้สึกร่างกาย	4.71	0.29	มากที่สุด	4.53	0.70	มากที่สุด
3. ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง	4.69	0.31	มากที่สุด	4.17	0.81	มาก
4. การรับรู้วัน เวลา สถานที่บุคคล	4.67	0.33	มากที่สุด	4.37	0.79	มาก
5. ความสามารถในการสื่อสาร	4.67	0.33	มากที่สุด	4.13	0.92	มาก
6. การติดเชื้อ	4.64	0.49	มากที่สุด	3.80	1.03	มาก
7. ภาวะออกซิเจนในเลือด	4.64	0.57	มากที่สุด	4.10	0.80	มาก
8. ภาวะคั่งของของเสีย (BUN/Cr)	4.64	0.65	มากที่สุด	3.93	0.99	มาก
9. ระดับสัญญาณชีพ	4.62	0.71	มากที่สุด	4.17	0.88	มาก
10. ภาวะโภชนาการ	4.62	0.71	มากที่สุด	3.97	0.99	มาก
11. กระบวนการแปลผลข้อมูล	4.58	0.89	มากที่สุด	3.83	0.92	มาก
12. ความสามารถในการ จับถ่ายอุจจาระ	4.50	1.08	มากที่สุด	3.77	0.99	มาก
13. ความสามารถในการ จับถ่ายปัสสาวะ	4.36	1.08	มาก	3.83	1.07	มาก

จากตารางที่ 17 จะเห็นว่ากลุ่มผลลัพธ์สุขภาพสตรีวิทยา สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 13 รายการ โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยให้คะแนนความสำคัญระดับมากที่สุด จำนวน 12 รายการ และระดับมาก จำนวน 1 รายการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับคะแนน

ความสำคัญสูงสุด 5 รายการแรก ได้แก่ ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว ความสมดุลของเกลือแร่และกรด - ด่าง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และความสามารถในการสื่อสาร (ค่ามัธยฐาน 4.74, 4.71, 4.69, 4.67 และ 4.67 ตามลำดับ)

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา ประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 13 รายการ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับมากที่สุด จำนวน 2 รายการ และระดับมาก จำนวน 11 รายการ โดยระดับคะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ยสูงสุด 2 รายการ ได้แก่ ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว (คะแนนเฉลี่ย 4.57 และ 4.53 ตามลำดับ)

ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา ที่มีความสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มีจำนวน 2 รายการ

2.4 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 6 รายการ (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม กลุ่มความรู้และพฤติกรรม สุขภาพ	ความสำคัญ		ระดับ ความ สำคัญ	ความเป็นไปได้		ระดับ ความเป็นไปได้
	Md	IR		Mean	SD	
1. การพลัดตกหกล้ม	4.74	0.26	มากที่สุด	4.60	0.56	มากที่สุด
2. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	4.67	0.33	มากที่สุด	4.10	0.80	มาก
3. การบาดเจ็บจากการผูกยึด	4.64	0.65	มากที่สุด	4.10	1.03	มาก
4. การตั้งอุปกรณ์เครื่องมือที่ สอดคล้องในร่างกาย	4.58	0.72	มากที่สุด	4.20	1.03	มาก
5. การรับรู้ข่าวร้าย	4.55	0.94	มากที่สุด	3.73	0.92	มาก
6. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตน (อาหาร ยา การป้องกัน อันตราย การออกกำลังกาย)	4.55	0.94	มากที่สุด	4.07	0.81	มาก

จากตารางที่ 18 จะเห็นว่ากลุ่มผลลัพธ์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 6 รายการ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกรายการ โดยตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับคะแนนความสำคัญสูงสุด ได้แก่ การปลัดตกหกล้ม (ค่ามัธยฐาน 4.74)

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 6 รายการ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับมากที่สุด จำนวน 1 รายการ และระดับมาก จำนวน 5 รายการ โดยระดับคะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ยสูงสุด 1 รายการ ได้แก่ การปลัดตกหกล้ม (คะแนนเฉลี่ย 4.60)

ความสำคัญของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด มีจำนวน 1 รายการ

2.5 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 5 รายการ (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่ม กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	ความสำคัญ		ระดับ ความ สำคัญ	ความเป็นไปได้		ระดับ ความ เป็นไปได้
	Md	IR		Mean	SD	
1. การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด	4.67	0.26	มากที่สุด	4.20	0.66	มาก
2. การรับรู้อาการเจ็บป่วย	4.58	0.79	มากที่สุด	4.07	0.93	มาก
3. การรับรู้ความสุขสบาย	4.58	0.89	มากที่สุด	4.10	0.82	มาก
4. ความพึงพอใจต่อสภาวะ สุขภาพ	4.39	0.89	มาก	3.77	0.84	มาก
5. การรับรู้สภาวะของตนเอง	4.36	1.08	มาก	3.93	0.98	มาก

จากตารางที่ 19 จะเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล จำนวน 5 รายการ โดยผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน โดยให้ความสำคัญระดับมากที่สุด จำนวน 3 รายการ และระดับมาก จำนวน 2 รายการ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับคะแนนความสำคัญสูงสุด 3 รายการแรก ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด การรับรู้อาการเจ็บป่วย และการรับรู้ความสุขสบาย (ค่ามัธยฐาน 4.67, 4.58 และ 4.58 ตามลำดับ)

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มการรับรู้สุขภาพ ประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 5 รายการ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับมากทุกรายการ โดยระดับคะแนนความเป็นไปได้เฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด (คะแนนเฉลี่ย 4.20)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ จำนวน 20 คน ส่วนความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล ประเมินโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามกิ่งโครงสร้างปลายเปิด 6 ข้อ ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 1 และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามแบ่งเป็น 6 กลุ่ม มีจำนวน 58 รายการ ชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับชุดที่ 2 ได้รับการแก้ไขและเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้มีการปรับข้อความในบางข้อเพื่อความชัดเจนมากขึ้น โดยคงความหมายเดิม มีการรวมตัวชี้วัดที่มีความหมายใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน ตัดรายการผลลัพธ์บางรายการออกเนื่องจากไม่ใช่ผลลัพธ์การพยาบาล ในรอบนี้ข้อคำถามจัดแบ่งได้ 5 กลุ่ม ประกอบด้วย ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 4 รายการ กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา จำนวน 13 รายการ กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 รายการ กลุ่มการรับรู้สุขภาพ จำนวน 5 รายการ และกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล จำนวน 12 รายการ รวมทั้งสิ้น 40 รายการ นำผลที่ได้จากแบบสอบถามชุดที่ 3 มาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) โดยพิจารณาตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 นำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบสอบถามชุดที่ 4 เป็นแบบสอบถามที่ได้มาจากแบบสอบถามชุดที่ 3 นำไปถามความคิดเห็นเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนี้ไปใช้ในการประเมินคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย 3 รอบ ตั้งแต่วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลา 70 วัน และ ระยะเวลาที่ใช้ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้ ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2551 ถึงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2551 รวม 9 วัน รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 79 วัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน สรุปได้ดังนี้

1. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น โดยมีค่าความสำคัญสูงสุดโดยรวมแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล 2) ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย 3) ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา 4) ตัวชี้วัดกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และ 5) ตัวชี้วัดกลุ่มการรับรู้สุขภาพ รวมทั้งหมด 40 รายการ มีคะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุด 37 รายการ และระดับมาก 3 รายการ ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด 7 รายการ และระดับมาก 33 รายการ

2. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน 5 กลุ่ม โดยมีตัวชี้วัดย่อยใน 5 กลุ่มรวม 40 รายการ ดังนี้

2.1 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล มีจำนวน 12 รายการ ดังนี้คือ 1) ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ 3) ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล 4) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 5) การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแล ต่อสภาวะของผู้ป่วย 6) การรับรู้ของครอบครัวในขณะเกิดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 7) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว 8) ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล 9) ความเครียดของครอบครัว/ผู้ดูแล 10) ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 11) ความกลัวของครอบครัว/ผู้ดูแล 12) ระดับสุขภาพของผู้ดูแล

ในจำนวนนี้มีรายการที่มีคะแนนความสำคัญ ในระดับมากที่สุดทุกรายการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีคะแนนในระดับมากที่สุด 3 รายการ ได้แก่ 1) ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ 3) ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล

2.2 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย มีจำนวน 4 รายการ ดังนี้คือ 1) การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2) การนอนหลับ 3) ปัญหาเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา 4) การเคลื่อนไหวของร่างกาย

ในจำนวนนี้มีรายการที่มีคะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกรายการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนในระดับมากที่สุด 1 รายการ ได้แก่ การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2.3 ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา มีจำนวน 13 รายการ ดังนี้คือ 1) ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 2) ระดับความรู้สึกตัว 3) ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง 4) การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล 5) ความสามารถในการสื่อสาร 6) การตัดสินใจ 7) ภาวะออกซิเจนในเลือด 8) ภาวะคั่งของของเสีย (BUN/Cr) 9) ระดับสัญญาณชีพ 10) ภาวะโภชนาการ 11) กระบวนการแปลผลข้อมูล 12) ความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ 13) ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ

ในจำนวนนี้มีรายการที่มีคะแนนความสำคัญ ในระดับมากที่สุด 12 รายการ ความสำคัญในระดับมาก 1 รายการ ได้แก่ ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนในระดับมากที่สุด 2 รายการ ได้แก่ ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และระดับความรู้สึกตัว

2.4 ตัวชี้วัดกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 6 รายการ ดังนี้คือ 1) การพลัดตกหกล้ม 2) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 3) การบาดเจ็บจากการผูกยึด 4) การดึงอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย 5) การรับรู้เข่ามีปัญหา 6) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย)

ในจำนวนนี้มีรายการที่มีคะแนนความสำคัญ ในระดับมากที่สุดทุกรายการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนในระดับมากที่สุด 1 รายการ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม

2.5 ตัวชี้วัดกลุ่มการรับรู้สุขภาพ มีจำนวน 5 รายการ ดังนี้คือ 1) การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด 2) การรับรู้อาการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ความสุขสบาย 4) ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพ 5) การรับรู้สภาวะของตนเอง

ในจำนวนนี้มีรายการที่มีคะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุด 3 รายการ ได้แก่ 1) การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด 2) การรับรู้อาการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ความสุขสบาย ระดับมาก 2 รายการ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพ 2) การรับรู้สภาวะของตนเอง ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกรายการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยรวม ทั้ง 5 กลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลทั้ง 5 กลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้ง 5 กลุ่ม ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร ให้ค่าคะแนนในระดับมากที่สุดทั้ง 5 กลุ่ม

การที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกกลุ่มนั้น เนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยคัดเลือกมาในการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบและเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความยินดีและมีเวลาในการถกแถลงความคิดในการตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 รอบ ทำให้ได้มาซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีความสำคัญในระดับที่มากที่สุด และความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญนั้นถือเป็นผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสูง สอดคล้องกับที่ Murry and Hammons (1995) กล่าวว่าไว้ว่า เทคนิคเดลฟายเป็นการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องต้องกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นผลการวิจัยจะมีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริงหรือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ มีประสบการณ์ในประเด็นที่ศึกษา นอกจากนี้ ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์ (2535) เพิ่มเติมว่าผู้เชี่ยวชาญนอกจากจะมีความรู้ความสามารถในประเด็นที่ศึกษาแล้ว ควรเป็นผู้ที่สามารถอุทิศเวลาและเห็นความสำคัญของเรื่องที่ศึกษาวิจัยด้วย

ส่วนในการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ซึ่งมีความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ด้านคือมีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกกลุ่ม อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง รับผู้ป่วยที่มีภาวะอาการที่รุนแรงและซับซ้อน มีความต้องการการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่มักมาด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และมีอาการเฉียบพลันทั้งวิกฤติและกึ่งวิกฤติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ไม่มีหอผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้กระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆ ไป และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่มีความรู้เฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุ การปฏิบัติการพยาบาลจึงมุ่งให้ความสำคัญในเรื่องของอาการผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกาย ซึ่งคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย มากกว่าอาการที่เกิดจาก

ภาวะสับสนเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kroeger (1991) ที่ศึกษาความรู้เรื่องภาวะสับสนของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันมีอาการรุนแรงและมีภาวะสับสนร่วมด้วย ทำให้ไม่ได้มีการค้นหาและวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินและวิธีการสืบค้นอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน อีกทั้งขาดการประสานงานกันในทีมสุขภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการ (Litton, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Milisen et al. (2002) พบว่าทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ได้มีการบันทึกการทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาของผู้สูงอายุไว้ ทั้งในการบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการพยาบาล เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินหรือวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้น

จากผลการวิจัยจะเห็นว่ามีความคิดเห็นที่แตกต่างกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดทั้ง 5 กลุ่มนี้มีความสำคัญมากที่สุด ส่วนผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก ซึ่งความคิดเห็นในระดับมากนี้ก็ยังสามารถนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ แต่ในทางปฏิบัติตัวชี้วัดที่มีความสำคัญมากที่สุดก็ควรที่จะต้องนำไปปฏิบัติมากที่สุดเหมือนกัน ดังนั้นผู้บริหารต้องหาวิธีการหรือหาแนวทางในการที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นว่าตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลได้จริง ไม่มีความยุ่งยากในการใช้ โดยการสร้างเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดแต่ละรายการที่ชัดเจน มีการจัดทำคู่มือการใช้ตัวชี้วัดที่สมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ที่จะต้องนำไปใช้มีความเข้าใจถึงความหมายของตัวชี้วัดแต่ละรายการ เกณฑ์การประเมิน วิธีการและขั้นตอนการนำตัวชี้วัดไปใช้ ซึ่งทำให้มีความสะดวกมากขึ้น และลดความยุ่งยากในการนำไปใช้ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การที่ให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วม ในการพัฒนาเกณฑ์ประเมินตัวชี้วัดและการจัดทำคู่มือการใช้ตัวชี้วัดจะทำให้ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผูกพันในงานที่มีส่วนร่วม และรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของเป็นผู้รับผิดชอบในงานนั้นๆด้วย และเมื่อได้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับงานแล้วย่อมทุ่มเทความพยายามทั้งกายและใจในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแบบสอบถามรอบที่ 1 ประกอบด้วย 6 กลุ่ม และมีการเปลี่ยนแปลงเหลือ 5 กลุ่ม ในรอบที่ 3 เนื่องจากเทคนิคเดลฟายเป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสอบถาม ดังนั้นแบบสอบถามนับได้ว่าเป็นหัวใจที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะแบบสอบถามรอบแรกที่เป็นแบบสอบถามปลายเปิด เป็นลักษณะคำถามกว้างๆ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็น

อย่างอิสระ แต่จากการวิจัยนี้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลรอบแรกนั้น มีการกำหนดกรอบเป็น 6 กลุ่ม และในแต่ละกลุ่มมีการกำหนดตัวชี้วัดไว้ด้วย ซึ่งแบบสอบถามนี้อาจจะครอบคลุมแนวโน้มเฉพาะที่ผู้วิจัยคิดว่าสำคัญ โดยอาจละเลยประเด็นที่สำคัญอื่นๆ ที่ผู้วิจัยคาดไม่ถึง แบบสอบถามในลักษณะนี้จะทำให้ปิดกั้นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้จำกัดอยู่ในกรอบความคิดที่ผู้วิจัยกำหนด การที่ผู้เชี่ยวชาญต้องตอบคำถามตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนด เป็นการจำกัดข้อมูลที่ควรจะได้จากผู้เชี่ยวชาญ และถึงแม้แบบสอบถามที่ใช้จะเป็นแบบสอบถามปลายเปิดก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญก็อาจจะไม่ตอบเพราะต้องใช้เวลาเขียนตอบมากหรือเพราะถูกชักนำให้คิดเฉพาะเรื่องที่ถูกถามในแบบสอบถามทำให้ลืมประเด็นที่น่าสนใจอื่นๆ เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้ตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้มีโอกาสพิจารณากลับกรองความคิดใหม่อย่างรอบคอบ ทำให้เห็นถึงประเด็นอื่นๆ ที่ไม่ได้คิดถึงในการตอบแบบสอบถามรอบแรก จึงทำให้มีข้อเสนอแนะต่างๆ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบนี้ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้วจึงทำให้กลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเหลือเพียง 5 กลุ่ม

2. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
โดยพิจารณาตัวชี้วัดย่อยใน 5 กลุ่มรวม 40 รายการ ดังนี้

2.1 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 12 รายการโดยมีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากันใน 4 รายการ ได้แก่ ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว โดยมีค่ามัธยฐาน 4.75 เท่ากันทั้ง 4 รายการ ส่วนค่าระดับคะแนนที่ต่ำที่สุดมี 2 รายการ ได้แก่ ความกลัวของครอบครัว/ผู้ดูแล และระดับสุขภาวะของผู้ดูแล โดยมีค่ามัธยฐาน 4.64 เท่ากันทั้ง 2 รายการ

ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรอยู่ในระดับมากที่สุด 3 รายการ โดยรายการที่มีค่าคะแนนความเป็นไปได้สูงสุดคือ ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีระดับคะแนนความเป็นไปได้เท่ากับ 4.53 รองลงมา คือการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากันคือ 4.50 และรายการที่ได้ค่าคะแนนในความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่ำสุดคือระดับสุขภาวะของผู้ดูแล โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.00

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าทั้งผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร มีความสอดคล้องกันว่ากลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญแลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูงที่สุด เนื่องจากว่า ในปัจจุบันครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล ต้องการการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากกว่าบุคคลอื่น นอกจากพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ที่ต้องรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักหรือเป็นกำลังสำคัญในการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุก็คือ บุคคลในครอบครัว และจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถบริหารจัดการและพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข, 2544) โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญมากในการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล มีความสำคัญต่อการยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วยด้วยกัน โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ บทบาทของครอบครัวก็จะมีความเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านสิทธิผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบกับในปัจจุบันได้มีการนำเอาระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยอาศัยหลักการของ Diagnosis-Related Groups (DRGs) มาใช้ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งในระบบนี้มีข้อจำกัดอย่างมากเกี่ยวกับจำนวนวันที่ให้ผู้ป่วยสามารถพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านเร็วขึ้น (Kosecoff et al., 1990) และไปอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของครอบครัว/ผู้ดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การพยาบาลในกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแลที่สอดคล้องและใกล้เคียงกัน

รายการตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล ทุกรายการมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทุกรายการ รายการที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากัน 4 รายการ คือ ครอบครัว/ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และสอดคล้องกับความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด 3 รายการ ซึ่งรายการตัวชี้วัดเหล่านี้มีความสำคัญในการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีความพร้อมด้านจิตประสาท มีแนวโน้มการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จากอาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาระแวง ทำให้เกิดการดึงท่อหรือสายยาง

ต่างๆ ป็นเพียงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย แต่จากภาวะการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลทำให้การดูแลรักษาพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแล ช่วยเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ และดูแลปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ที่ไม่ซับซ้อน ให้กับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งก็เป็นความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาลอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัทสนา ชูวรรณปะกรณ์ (2544) ที่พบว่า การให้ญาติและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความพึงพอใจ และสามารถฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจได้ดี และจากการศึกษาของ วนิตา ออประเสริฐ (2540) พบว่าการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุด ใน 5 อันดับ นอกจากนี้ตัวชี้วัดในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซึ่งก็มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะสับสนเฉียบพลันยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแม้จะกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากบางรายยังคงมีอาการต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบถึงร้อยละ 30 - 60 (Foreman et al., 2003; Miller, 2004) และจากการศึกษาของ Marcantonio (2005) พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 30 วัน มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 30 ดังนั้นถ้าครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน จะสามารถป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายที่จะเกิดกับผู้สูงอายุได้ และป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรับรู้บกพร่อง พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้และทักษะในการดูแลจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ (Zarit et al., 1980; Mui, 1995; Kelley et al., 1999) ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแล (Nolan et al., 1996; Charlesworth et al., 2000 cited in University of Pennsylvania, 2007) และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Poulshock et al., 1984) และจากงานวิจัยของ Brodaty et al. (2003) พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้เข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้บกพร่อง สามารถปรับตัวและเข้าใจถึงเป้าหมายและความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยได้ลึกซึ้งขึ้น ทำให้ภาระการดูแลลดลง นอกจากนี้การอบรมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และสามารถป้องกันหรือลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ดังนั้นวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแลในการที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจ

ส่วนรายการตัวชี้วัดที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ใน 5 อันดับสุดท้าย คือ ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล ความเครียดของครอบครัว/ผู้ดูแล ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ความกลัวของครอบครัว/ผู้ดูแล และระดับสุขภาพของผู้ดูแล ที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่าการให้การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลต้องให้การ

รักษาพยาบาลปัญหาที่เร่าร้อนและวิกฤติก่อน การปฏิบัติงานเน้นความเร่งด่วนในการแก้ปัญหาฉุกเฉินที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทำให้ไม่ได้คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของครอบครัว/ผู้ดูแลตั้งแต่ในระยะแรก

สรุปกลุ่มผลลัพธ์ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายได้เร็วขึ้น ลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล การให้ความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง การเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อม การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษาพยาบาล เป็นกลุ่มผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการพยาบาล ที่เกิดผลได้อย่างต่อเนื่อง ที่สามารถทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดอุบัติเหตุต่างๆ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำหรือเกิดภาวะสับสนเรื้อรัง การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงด้วย

2.2 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกรายการ ได้แก่ การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด 1 รายการ ได้แก่ การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่เหลืออีก 3 รายการ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก

การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นรายการที่ผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากการดูแลแก้ไขปัญหาเร่าร้อนให้ผู้ป่วยแล้ว การประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยเป็นสิ่งที่พยาบาลให้ความสำคัญและปฏิบัติจนเป็นงานประจำ เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับกับสภาพอาการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยในแต่ละเวลานั้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นการตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาล ในด้านการดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกายขณะอยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamilton and Lyon (1995) พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงถึงร้อยละ 75 โดยมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยที่ทำให้พลังงานสำรองลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเจ็บปวดและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (ชวลี

แย้มวงษ์, 2539) และปัจจัยร่วมที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ถ้าหากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือวินิจฉัยล่าช้า จะทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษา หรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาจนกลายเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kiely et al. (2006) พบว่า การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วของการวินิจฉัยและการได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแก้ไขปัญญา ภายใน 2 สัปดาห์ ระดับการทำหน้าที่ของร่างกายจะคืนกลับมาเท่ากับระดับเดิมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะสับสนเฉียบพลันการทำหน้าที่ของร่างกายจะลดลงร้อยละ 50 จากระดับเดิมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนตัวชี้วัดในอีก 3 รายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ที่ระดับมาก ได้แก่ การนอนหลับ รองลงมาคือการเคลื่อนไหวของร่างกาย และปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในอันดับสุดท้าย จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นโรคหลายโรคร่วมกัน ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน และมีกลุ่มยาที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ และจากการศึกษาของ Oearsakul (2000) ที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุภายหลังการเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีการใช้ยามากกว่า 3 ชนิดขึ้นไป ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 40.2 แต่ในการปฏิบัติงานพยาบาลมักจะให้ความสำคัญกับการให้ยาที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติมากกว่าเนื่องจากความผิดพลาดจากการให้ยาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งในหน่วยงาน ดังนั้นในด้านของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุจึงคำนึงถึงน้อย ทำให้ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในอันดับสุดท้าย

สรุปประเด็นสำคัญของกลุ่มผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ เป็นกลุ่มผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ชัดเจน โดยมีเครื่องมือสำหรับใช้ในการประเมินชัดเจน ถ้าบุคลากรทางการแพทย์เห็นความสำคัญ และมีความรู้ในการใช้แบบประเมิน ก็จะทำได้ทำให้สามารถให้การรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลก็จะมีคุณภาพตามมาด้วย

2.3 ตัวชี้วัดกลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด 12 รายการ และระดับมาก 1 รายการ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด 2 รายการ ได้แก่ ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และระดับความรู้สึกรู้สึกตัว

ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และระดับความรู้สึกรู้สึกตัว เป็นรายการที่ผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร ให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในระดับความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มากที่สุด ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว เป็นผลลัพธ์ที่สามารถประเมินสภาพอาการผู้ป่วยและพยากรณ์โรคได้อย่างรวดเร็ว ช่วยแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างทันท่วงที ส่วนความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เป็นรายการที่สามารถประเมินได้ ด้วยการบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ที่เป็นผลจากการดูแลรักษาโรค ซึ่งภาวะขาดน้ำมักจะพบในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และผลลัพธ์ที่เกิดตามมาคืออัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุจะสูงขึ้น (Warren et al., 1994) ภาวะขาดน้ำจึงเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (O’Keeffe., 2002 cited in Culp et al., 2003) และเป็นตัวทำนายในเรื่องการรับรู้บกพร่อง (Wilson & Morley, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong–Esther et al. (1996) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับน้ำน้อยกว่า 2000-2500 มิลลิลิตรต่อวัน จะมีผลทำให้การรับรู้ลดลง เกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น

รายการตัวชี้วัดที่มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ใน 6 อันดับสุดท้าย คือ ภาวะคั่งของของเสีย (BUN/Cr) ระดับสัญญาณชีพ ภาวะโภชนาการ กระบวนการแปลผลข้อมูลความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ และความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ ในการที่หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลระดับหัวหน้าเวรให้ความสนใจน้อยเนื่องจากในภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน ตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต จึงไม่จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ที่ตัวชี้วัดเหล่านี้มีความสำคัญมาก เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนจะเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย เนื่องการรับรู้ต่อความรู้สึกปวดถ่ายบกพร่อง หรือการละเลยเมื่อรู้สึกปวดถ่าย การดื่มน้ำได้น้อย หรือรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย ไม่สามารถไปห้องน้ำได้เอง และได้รับยาหลายชนิด ในภาวะท้องผูกนี้ถ้าผู้ป่วยถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ขับถ่ายอุจจาระได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สุขสบาย ทำให้เกิดภาวะสับสนมากขึ้น จากการศึกษาของ Annells and Koch (2000) พบว่าความทุกข์ทรมาน จากภาวะท้องผูก คือ ความไม่สุขสบายท้อง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ วิดตกังวล นอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาอุจจาระอุกคั่งนั้นจะมีอาการสับสนเฉียบพลันได้บ่อย แต่ถ้าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมีความใส่ใจและสนใจในการประเมินเรื่องการ

จับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย และมีการจัดการปัญหาท้องผูกที่ดีแต่ต้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย สามารถพักผ่อนได้ และจะช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ด้วย

2.4 ตัวชี้วัดกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุดทุกรายการ และมีรายการที่มีคะแนนทั้งความสำคัญและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ในระดับมากที่สุดเพียงรายการเดียว คือ การปลัดตกหกล้ม

จะเห็นว่าทั้งผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลระดับหัวหน้าเวร มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการปลัดตกหกล้ม เป็นรายการที่มีความสำคัญมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด เนื่องจากในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสิ่งที่พยาบาลไม่อยากจะเกิดขึ้น ในขณะที่ปฏิบัติงานคือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่จะเกิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะให้ความสำคัญมาก แต่ในทางปฏิบัติก็ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดการลื่นล้มปีนเตียง บาดเจ็บ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ พบอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 2 (Hendrich, 2004) และในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอัตราการปลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 24.6 (Zanocchi, 1998) การปลัดตกหกล้มจึงเป็นความเสี่ยงสำคัญที่ทุกองค์การพยาบาลต้องเฝ้าระวัง และเป็นหนึ่งใน Patient Safety Goal ที่บุคลากรต้องให้ความสำคัญ และเป็นสิ่งที่ไม่มีความต้องการให้เกิดในขณะปฏิบัติงาน เพราะหาผลกระทบทที่ตามมาจากการปลัดตกหกล้มมีอย่างมากมาย ในด้านของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย บาดเจ็บ เสี่ยงต่อความพิการ เคลื่อนไหวไม่ได้ หรืออาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในการดูแลของบุคลากรที่คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ปลอดภัย เกิดความกลัวที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Kerzman et al., 2004; มนต์บงกช กนกนันทพงศ์, 2546 อ้างถึงใน นิศรา อยู่จิน, 2548) ในด้านผู้ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ด้านขององค์การอาจทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง เสียค่าใช้จ่าย ดังนั้นการปลัดตกหกล้มจึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในการประเมินผลลัพธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการบริการพยาบาล เป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของการดูแลรักษาที่บ่งบอกถึงทักษะความสามารถในการประเมินผู้ป่วยการวางแผนร่วมกันและกระบวนการในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การปลัดตกหกล้มเป็นสถานการณ์ที่สามารถป้องกันได้โดยบุคลากรพยาบาลที่ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง โดยการประเมินความเสี่ยงในการเกิดการปลัดตกหกล้มของผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องมือประเมินภาวะเสี่ยงต่อการปลัดตกหกล้มที่สะดวกในการวัดและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยลดอุบัติการณ์การปลัดตกหกล้มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Young & George (2003) ซึ่งพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า หลังจากใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการปลัดตกหกล้ม อัตราการปลัดตกหกล้ม ลดลงจากร้อยละ 28 เหลือร้อยละ 21.8 แต่สิ่งที่สำคัญยังพบว่าในหลายๆหน่วยงานไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทั้งหมด เช่น การหลีกเลี่ยงการย้ายผู้ป่วย การประเมินในเรื่องของการรับรู้อย่างเต็มรูปแบบ การดูแลแบบสหสาขา การดูแลด้านกายภาพบำบัด การหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ และหลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากในปัจจุบันเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้ภาระในการปฏิบัติงานของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลันจึงยังมีการใช้วิธีการผูกมัดผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงเรื่องการดึงท่อหรือสายขางต่างๆ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น จึงเป็นประเด็นสำคัญและควรตระหนักถึงเนื่องจากมีการศึกษาผลของการผูกมัดผู้ป่วยต่อการเกิดปัญหาทางกฎหมาย และจริยธรรม เพราะว่าการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยขาดอิสรภาพ และเกิดอันตรายจากการผูกมัดได้ เช่น แผลกดทับ เนื้อเยื่อตาย ประสาทถูกทำลาย กล้ามเนื้อลีบ กระดูกหัก ลดการเคลื่อนไหว ท้องผูก และมีอาการวุ่นวายมากขึ้น (Wilson, 1996; Bray et al., 2004 อ้างถึงใน วาสนาชนเศรษฐ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Inouye & Charpentier (1996) ที่พบว่าการใช้การผูกมัดร่างกายผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น ดังนั้นก่อนการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยต้องคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการอธิบาย และให้ความยินยอมในการผูกมัด

ส่วนรายการตัวชี้วัดที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ที่มีคะแนนอยู่ใน 2 อันดับสุดท้าย คือ การรับรู้ชาวปัญญา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตรายการออกกำลัง) ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวรมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในขณะที่เกิดอาการ จะมีภาวะบกพร่องของการรับรู้ ความบกพร่องในด้านความจำ มีความยากลำบากในการจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่หรือสิ่งที่ได้เรียนรู้ ในการสนทนากับผู้ป่วยจะไม่เข้าใจกันและไม่ได้เรื่องที่ตรงประเด็น ดังนั้นการที่จะให้ความรู้ผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คงเป็นเรื่องที่ไม่สามารถทำได้หรือมีความเป็นไปได้น้อย สอดคล้องกับที่ Cole (2004) และ Laplante and Cole (2001) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติงานง่ายๆ หรือในการดูแลตนเองได้

2.5 ตัวชี้วัดกลุ่มการรับรู้สุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันในระดับความสำคัญมากที่สุด 3 รายการ คือ การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด การรับรู้อาการเจ็บป่วย และการรับรู้ความสุขสบาย ส่วนการรับรู้ และคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากทุกรายการ

การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด มีคะแนนความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากในปัจจุบันในการให้การดูแลผู้ป่วย นอกจากสัญญาณชีพทั้ง 4 ตัวแล้ว ความเจ็บปวดถือว่าเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 ตามที่ The American Pain Society ได้กล่าวไว้ (Warfield & Fausett, 2002 อ้างถึงใน ลักษณะ มรกต, 2548) และเป็นสัญญาณชีพที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการประเมินและบันทึก และให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดให้ผู้ป่วย เนื่องจากความปวดมีอิทธิพลต่อทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ รวมไปถึงครอบครัว ความปวดหลังการผ่าตัดจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการตามมา รวมถึงทำให้การเคลื่อนไหวลดลง นอนไม่หลับ และมีอารมณ์ฉุนเฉียวและที่สำคัญคือ ความปวดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Michaud et al., 2007) ในประเทศไทย Boonphadh (2004) ได้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่า ปัจจัยที่ทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันคือ ความดันโลหิต ความปวดระดับรุนแรง (ความรุนแรงของความปวด ความทุกข์ทรมานจากความปวด และความปวดต่อการรบกวนการนอนหลับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fisher et al. (2002) พบว่าสถานะของการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความปวดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการบรรเทาอาการปวดหรือทำให้ผู้ป่วยปวดน้อยที่สุดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เป็นผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่สามารถวัดได้ ในการจะจัดการความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการประเมินความเจ็บปวด มีความรู้ ความเข้าใจ (Fedeman, Arnstein, and Caudill, 2002) และสามารถค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อนำมาจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับอาการปวด ซึ่งมีให้เลือกอยู่หลายวิธี การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยสามารถช่วยบรรเทา และลดความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Shulldham, 1999 อ้างถึงใน ลักษณะ มรกต, 2548) จากการศึกษาของ Fedeman, Arnstein, and Caudill (2002) พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง โดยโปรแกรมที่ประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของความเจ็บปวด ร่วมกับวิธีการผ่อนคลายโดยการฟังเพลง การออกกำลังกายด้วยโยคะ มีผลทำให้ความรุนแรงของความเจ็บปวด และอาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roach, Trembay and Bowers (1995) ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 463 คน โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลประกอบการสอน การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและหลังผ่าตัด อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การ

ปฏิบัติตนเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการความปวด เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ในกลุ่มนี้ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้มีคะแนนอยู่ในระดับมากทุกรายการ เนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ได้เห็นอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนจริงๆ ว่าเป็นอย่างไร จากการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรับรู้ ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่าต้องการอะไร ความสุขสบายหรืออาการของตนเองเป็นอย่างไรในขณะนั้น ทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับหัวหน้าเวร มีความคิดเห็นว่าการนำตัวชี้วัดในกลุ่มนี้ไปใช้ประเมินคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีความเป็นไปได้ในระดับมากเท่านั้น

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น กลุ่มผลลัพธ์การพยาบาลทุกกลุ่มที่กล่าวมาครอบคลุมพื้นฐานทางสุขภาพ ทั้งทางด้านผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางกายภาพ ด้านจิตใจ พฤติกรรม สภาวะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และเป็นการเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันให้มีคุณภาพ
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารใช้เป็นเกณฑ์ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเกณฑ์การวัดในแต่ละรายการตัวชี้วัด การแปลผล รวมทั้งการกำหนดพจนานุกรมตัวชี้วัด เพื่อนำไปใช้ในบริบทจริงได้
2. เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลเฉพาะโรคอื่นๆต่อไป
3. สามารถพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลได้ง่ายขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษดา แสงดี และคณะ. (2547). **ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- เกษม บุญอ่อน. (2522). **เคลฟาย: เทคนิคการวิจัย**. **ครุภัณฑ์** 4: 26-28.
- ขนิษฐา วิทยาอนุมาศ. (2530). **การวิจัยแบบเคลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย**. ใน **ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยศึกษา**, กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- คณะกรรมการพัฒนาการจําแนกการปฏิบัติการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2544). **ระบบการจําแนกการปฏิบัติการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชสิทธิ์, ยูพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช และ สรานุช โตมรศักดิ์. (2543). **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). **การวิจัยอนาคตแบบ EDFR**. ใน **ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), รวบรวมบทความวิจัยเกี่ยวกับการศึกษา**, กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2550). **เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR**. ใน **ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), เทคนิคการวิเคราะห์นโยบาย**, หน้า 76-88. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **วิทยาลัยประชากรศาสตร์**. (2547). **ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. (2535). **การวิจัยด้วยเทคนิคเคลฟาย**. **รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา (เล่ม 2)**. (ม.ป.ท.).
- ซัชพล บุญเต็ม. (2543). **การพัฒนาเกณฑ์การประเมินการจัดค่ายวิทยาศาสตร์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาโสตทัศนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2550). **การวิจัยแบบเทคนิคเคลฟาย**. ใน **ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), เทคนิคการวิเคราะห์นโยบาย**, หน้า 61-75. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชวลี เข้มวงศ์. (2539). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **รามาศิบัติพยาบาลสาร** 2(3): 65-75.
- ทัศนาศูววรรณะปกรณ์. (2544). การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง. **วารสารสภาการพยาบาล** 16(4): 52-63.
- ทองสง่า ฟ่องแผ้ว. (2548). **เทคนิคเคลฟาย**[Online]. แหล่งที่มา:
<http://vod.msu.ac.th/itdc/article/thongsanga/001.htm>[20 มิถุนายน2550]
- นิศรา อยู่จีน. (2548). ผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ศัลยกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2538). **สถิติการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2550). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ. ในเอกสารการบรรยายทางวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2550). **สถิติผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2545-2549**. ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2549). การประเมินคุณภาพการพยาบาล: ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์. **รามาศิบัติพยาบาลสาร** 12(1): 25-35.
- พิสนุ ฟองศรี. (2549). **การประเมินทางการศึกษา: แนวคิดสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: เทียมฟ้าการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2548). **การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้**. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- ลักขณา มรกต. (2548). ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการประคบด้วยความเย็นต่อความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ชนเศรษฐ, ประคอง อินทรสมบัติ และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2550). การป้องกันและการจัดการภาวะลัมบนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต. **รามาศิบัติพยาบาลสาร** 13(3): 349-367.

- วนิดา ออประเสริฐ และคณะ. (2540). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป. วารสารรามธิบดี 1(3): 11.
- วิภาดา คุณาวิกติกุล. (2548). การวิจัยเชิงผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล. พยาบาลสาร 32(4): 1-6.
- วิภาดา คุณาวิกติกุล, เรมวดี นันทศุภวัฒน์, กิ่งแก้ว เกื้อเจริญ และอนงค์ วนากมล. (2542). การพัฒนาระบบการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาล. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศักดิ์ชาย เพชรช่วย. (2541). การพัฒนาตัวบ่งชี้ร่วมคุณภาพการศึกษาของคณะครุศาสตร์ในสถาบันราชภัฏ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2545). ทฤษฎีการประเมิน พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2546). การพัฒนาดัชนีวัดคุณภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการศึกษา. วารสารครุศาสตร์ 31(3) มี.ค.-มิ.ย. 46.
- ศิริพร เจริญพวงสนธา. (2549). ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ตันติพิบูลวินัย. (2538). โรงพยาบาลที่ตั้งดูคน. รามธิบดีพยาบาลสาร 1 (2): 75-84.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2546). ทักษะการระของผู้ดูแล. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4(3): 39-42.
- ศิริยากร โพธิ์ศรี. (2539). การควบคุมคุณภาพในโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการประกันคุณภาพการพยาบาลในอนาคต. วันที่ 8-9 พฤศจิกายน 2539. ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ สุขุมวิท.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับ พ.ศ. 2549[Online]. แหล่งที่มา: <http://www.ha.or.th>[30 กรกฎาคม 2550]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 - 2549[Online]. แหล่งที่มา: <http://203.157.19.191/plan9/index-2002-2006.htm>[2008, April 1]
- สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2541). ตัวชี้วัด. ใน เอกสารการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, รานี ทวีกิตติกุล, ธนารดี คำยา และชนคดี มิตินทางกูร. (2542). การประมวลวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการประชุม. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ” สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, หน้า 15-25. กรุงเทพมหานคร.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ตีรกานันท์. (2544). การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อารี ชิวเกษมสุข และ จินตนา ยูนิพันธ์. (2548). การพัฒนาแบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 49(10): 617-631.

ภาษาอังกฤษ

Adamis, D., Treloar, A., Martin, F. C., and Macdonald, A. (2006). Recovery and outcome of delirium in elderly medical inpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43(2): 289-298.

American Nurses Association. (1995). **Nursing care report card for acute care setting**. Washington: American Nurses Publishing.

American Nurses Association. (2006). **ANA recognized terminologies and data element sets** [Online]. Available from: <http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm> [2007, July 20]

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Annells, M., and Koch, T. (2000). Older people seeking solutions to constipation: The laxative mire. *Journal of Clinical Nursing* 11(5): 603-612.

Armstrong–Esther, C. A., Browne, K. D., Armstrong–Esther, D. C., and Sander, L. (1996). The institutionalized elderly: Dry to the bone. *International Journal of Nursing Studies* 33(6): 619-628.

- Behrenbeck, J. G., Timm, J. A., Griebenow, L. K., and Demmer, K. A. (2005). Nursing-sensitive outcome reliability testing in a tertiary care setting. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications** 16(1): 14-20.
- Boonphad, P. (2004). **The incidence of acute confusional states and associated factors in postoperative elderly patients**. Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Brodsky, H., Green, A., and Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. **Journal of the American Geriatrics Society** 51(5): 657-664.
- Cole, M. G., et al. (1994). Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized trial. **Canadian Medical Association Journal** 151(7): 965-970.
- Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 12(1): 7-21.
- Culp, K., Mentis, J., and Wakefield, B. (2003). **Hydration and acute confusion in long-term care residents**[Online]. Available from: <http://wjn.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/3/251>[2007, July 31]
- Decker, S., and Roe, E. (2006). Using nursing outcomes to define the role of the clinical nurse leader. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications** 17(1): 30.
- Demmer, K. (2003). **Nursing-sensitive outcome reliability testing in a tertiary care**[online]. Available from: <http://www.blackwellsynergy.com/doi/pdf/2007>, July 31]
- Donabedian, A. (1980). **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Duffy, J., and Hoskins, L. M. (2003). The quality-caring model: blending dual paradigms. **Advances in Nursing Science** 26(1): 81.
- Edelstein, D. M., Aharonoff, G. B., Karp, A., et al. (2004). Effect of postoperative delirium on outcome after hip fracture. **Clinical Orthopaedics** 1: 195-200.
- Federman, C. W., Arnstein, P., and Caudill, M. (2002). Nurse-led pain management program: Effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. **Pain Management Nursing** 3: 131-140.

- Fisher, S. E., et al. (2002). Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: Association of certified nursing assistant pain report, minimum data set pain report, and analgesic medication use. **Journal of the American Geriatrics Society** 50(1): 152-156.
- Foreman, M. D. (1986). Acute confusional states in hospitalized elderly: A research dilemma. **Nursing Research** 35(1): 34-38.
- Foreman, M. D., et al. (2001). Delirium in elderly patients: An overview of the state of the science. **Journal of Gerontological Nursing** 27: 12.
- Foreman, M. D., Milon, L., Tryostad, L., and Fletcher, K. (2003). Chapter 7: Assessing cognitive function. In Mathy, D. M., Fulmer, T., Abraham, I., and Zwicker, D. (2003). **Geriatric Nursing Protocols for Best Practice**. 2nd ed. New York: Springer.
- Francis, J., et al. (1990). A prospective study of delirium in hospitalized elderly. **Journal of the American Medical Association** 263(8): 1097-1101.
- Francis, J., and Kapoor, W. N. (1992). Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. **Journal of the American Geriatrics Society** 40(6): 601-606.
- George, J., Bleasdale, S., and Singleton, S. J. (1997). Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital. **Age and Ageing** 26(6): 423-427.
- Goodsen, W. T. F. (2002). **Measuring nursing outcomes: A challenge for improving patient care**[Online]. Available from: <http://www.hi-europe.co.uk/files2002/9992.htm>[2007, June 14]
- Gordon, M. (1998). **Nursing nomenclature and classification system development**[Online]. Available from: http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm[2007, July 20]
- Hamilton, L., and Lyon, P. S. (1995). A nursing-driven program to preserve and restore functional ability in hospitalized elderly patients. **Journal of Nursing Administration** 25: 30-37.
- Head, B. J., Aquilino, M. L., Johnson, M., Reed, D., Maas, M., and Moorhead, S. (2004). Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the nursing outcomes classification (NOC). **Journal of Nursing Scholarship** 36(3): 251-259.
- Hegyvary, S. (1991). Issue in outcomes research. **Journal of Nursing Quality Assurance** 5: 1-6.

- Hendrich, A. I., Benner, P. S., and Nyhuis, A. (2004). Validation of the Hendrich II fall risk model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Applied Nursing Research** 16(10): 9-21.
- Houston, S., and Miller, M. (1997). The quality and outcomes management connection. **Critical Care Nursing Quality** 19: 80-89.
- Hover, J., and Zimmer, M. (1978). Nursing quality assurance: The Wisconsin system. **Nursing Outlook** 26: 242-248.
- Idvall, E., Rooke, L., and Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing: A review of the literature. **Journal of Advanced Nursing** 25: 6-17.
- Inouye, S. K., et al. (1993). The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. **Journal of American Geriatric Society** 41: 1345-1352.
- Inouye, S. K. (1994). The delirium of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. **The American Journal of Medicine** 97: 278-288.
- Inouye, S. K., and Charpentier, P. A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. **Journal of the American Medical Association** 275(11): 852-857.
- Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M., and Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes?. **Journal of General Internal Medicine** 13: 234-242.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Baker, D., et al. (2000). The Hospital Elder Life Programme: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 48: 1697-1706.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Williams, C. S., et al. (2003). The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacological interventions: Evidence from the delirium prevention trial. **Archives of Internal Medicine** 163: 958-964.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older patients. **The New England Journal of Medicine** 354(11): 1157-1165.
- International Council of Nursing. (2005). **Outcomes definition**[Online]. Available from: http://www.icn.ch/Flash/Regulation_Terminology.swf2007, July 31]

- Jitapunkul, S., and Hanvivadhanakul, P. (1998). Outcomes and predicting factors of mortality among newly admitted female medical inpatients. **J Med Assoc Thai** 81: 491-496.
- Johnstone, J. N. (1981). **Indicators of education systems**. London: Unesco.
- Johnson, M., et al. (2001). **Nursing diagnoses, outcomes, and interventions NANDA, NOC, and NIC linkage**. St. Louis: Mosby.
- Johnson, M., et al. (2006). **Nursing diagnoses, outcomes, and interventions NANDA, NOC, and NIC linkage**. St. Louis: Mosby.
- Kane, R. T. (1997). **Understanding health care outcomes research**. Gaithersburg: Aspen.
- Kane, A. M., and Kurlowicz, L. H. (1994). Improving the postoperative care of acutely confused older adults. **Med-Surg Nursing** 3(6): 453-458.
- Kelley, F. J. (1996). Planning care for acutely confused critically ill older persons. **Critical Care Nursing Quarterly** 19(2): 41-46.
- Kelley, L. S., Buckwalter, K. C., and Maas, M. L. (1999). Access to health care resources for family caregivers of elderly persons with dementia. **Nursing Outlook** 47(1): 8-14.
- Kiely, D. K., Jones, R. N., Bergmann, M. A., Murphy, K. M., Orav, E. J., and Marcantonio, E. R. (2006). Association between delirium resolution and functional recovery among newly admitted postacute facility patients. **The Journal of gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences** 61(2): 204-208.
- Killeen, M. B. (2003). **Use of NANDA, NIC, and NOC as a framework for cyclic perimenstrual pain and discomfort**[Online]. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4065/is_200310/ai_n9310989[2007, July 20]
- Korniewicz, D. M., and Duffy, J. (2003). **Essential concepts for staff nurses: The outcomes imperative**[Online] Available from: <http://www.nursingworld.org/mods/mod551/outcomes.pdf>[2007, July 15]
- Kosecoff, J., et al. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge: The “quicker and sicker” story revisited. **JAMA** 264: 1980-1983.
- Krairiksh, M., and Anthony, M.K. (2001). Benefit and outcomes of staff nurses’ participation in decision making. **Journal of Nursing Administration** 31: 16-23.
- Kroeger, L. L. (1991). Critical care nurses’ perception of the confused elderly patient. **Focus on Critical care** 18(15): 395-400.

- Lantz, M. S., and Buchalter, E. N. (2003). Delirium: A major cause of morbidity in the older adult. **Clinical Geriatric** 11: 38.
- Laplante, J., and Cole, M. G. (2001). Assessment: detection of delirium using the confusion assessment method. **Journal of Gerontological Nursing** 27(9): 16-23.
- Lang, N. M., and Clinton, J. E. (1984). Assessment of quality of nursing care. **Annual Review of Nursing Research** 6(3): 158-163.
- Lang, N. M., and Marek, K. D. (1990). The classification of patient outcomes. **Journal of Professional Nursing** 2:135-163.
- Lee, B. (2005). **Identifying outcomes from the nursing outcomes classification as indicators of quality of care in Korea: A modified delphi study**[Online]. Available from: [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)[2007, June 14]
- Levkoff, S. E., et al. (1992). "Delirium: The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients". **Archives of Internal Medicine** 152(2): 334-340.
- Lipowski, Z. J. (1983). Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. **American Journal of Psychiatry** 140(11): 1426-1435.
- Linstone, H. A., and Turroff, M. (1975). **The Delphi method: Technique and application**. London: Addison-Wesley.
- Litton, K. A. (2003). Delirium in the critical care patient: What the professional staff needs to know. **Critical Care Nursing Quarterly** 26(3): 208-213.
- Ljubivaljevic, V., and Kelly, B. (2003). Risk factors for development of delirium among oncology patients. **General Hospital Psychiatry** 25: 345-352.
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G., and Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 53(4): 622-628.
- Maas, M. (1998). Outcomes data accountability. **Outcome Management for Nursing Practice** 2(1): 3-5.
- Mass, M., Johnson, M., Moorhead, S., Reed, D., and Sweeney, S. (2003). Evaluation of the reliability and validity of Nursing Outcomes Classification patient outcomes and measures. **Journal of Nursing Measurement**[Online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15274520>[2007, July 15]

- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Michaels, M., and Resnick N. M. (2000). Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. **Journal of the American Geriatrics Society** 48: 622-628.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J., Wright, R., et al. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. **Journal of the American Geriatrics Society** 49: 516-522.
- Marcantonio, E. R., Simon, S.E., Bergmann, M. A., Jones, R. N., Murphy, K. M., and Morris, J. N. (2003). Delirium symptoms in post-acute care: Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. **Journal of the American Geriatrics Society** 51(1): 4-9.
- Marcantonio, E. R., et al. (2005). Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. **Journal of the American Geriatrics Society** 53(6): 963-969.
- Marek, K. D. (1989). Outcomes measurement in nursing. **Journal of Nursing Quality Assurance** 4: 1-9.
- Marek, K. D. (1997). Outcomes measurement in nursing. **Journal of Nursing Quality Assurance** 4:1-9.
- Marek, K. D., et al. (2005). Clinical outcomes of aging in place. **Nursing Research** 54(3): 202-211.
- Matthiesen, V., Sivertsen, L., Foreman, M. D., and Stubbs, D. C. (1994). Acute confusion: Nursing intervention in older patients. **Orthopedic Nursing** 13(2): 21-29.
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., et al. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. **Archives of Internal Medicine** 162: 457-463.
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., and Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay?. **Journal of the American Geriatrics Society** 51(11): 1539-1546.
- Medalie, J. H. (1986). An Approach to Common Problems in the Elderly. In E. Calkins et al. (ed.), **The Practice of Geriatrics**, pp. 47-59. London: W.B. Saunders.
- Mentes, J. C. (1995). A nursing protocol to assess causes of delirium: Identifying delirium in nursing home residents. **Journal of Gerontological Nursing** 26-30.
- Michaud, L., et al. (2007). Delirium: Guidelines for general hospitals. **Journal of Psychosomatic Research** 62: 371-383.
- Michota, S. A. (1995). Hospital-based skilled nursing facility: A special place to care for the elderly. **Geriatric Nursing** 16(2): 64-66.

- Milbrandt, E. B., Deppen, S., Harrison, P. L., et al. (2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. **Critical Care Medicine** 32(4): 955-962.
- Milisen, K., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip fracture patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 49(5): 523-532.
- Milisen, K., Foreman, M. D., Wouters, B., Driesen, R., Godderis, J., Abraham, I. L., and Broos, P. L. O. (2002). Documentation of delirium in elderly patients with hip fracture. **Journal of Gerontological Nursing** 28(11): 23-29.
- Milisen, K., Cremers, S., Foreman, M. D., Vandeveld, E., Haspeslagh, M., Geest, S. D., et al. (2004). The strain of care for Delirium Index: A new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. **International Journal of Nursing Studies** 41(7): 775-783.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., and Foreman, M. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review. **Journal of Advanced Nursing** 52: 79-90.
- Miller, C. A. (2004). Chapter 24 impair cognitive function: Delirium and dementia. **In Nursing for wellness in older adult: Theory and practice**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Moorhead, S., Johnson, M., and Maas, M. (2004). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 3rd ed. St Louis: Mosby.
- Mui, A. C. (1995). Perceived health and functional status among spouse caregivers of frail older persons. **Journal of Aging Health** 7(2): 283-300.
- Murray, A. M., et al. (1993). Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patient. **Journal of Gerontology: Medical Sciences** 48(5): M181-186.
- Murry, J. W., and Hammons, J. O. (1995). Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. **The Review of Higher Education** 18(4): 423-436.
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., and Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. **Journal of the American Geriatrics Society** 53(1): 18-23.
- Nolan, M. T., and Mock, V. (2000). **Measuring patient outcomes**. San Francisco: Sage.

- O'Keeffe, S., and Lavan, J. (1997). The prognostic significance of delirium in older hospital patients. **Journal of the American Geriatrics Society** 45(2): 174-178.
- O'Keeffe, S. T. (1999). Delirium in elderly. **Age and Aging** 28: 5-8.
- Oearsakul, B. (2000). **The incidence and factors related to acute confusional state in hospitalized elderly patients**. Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Palmer, R. M., et al. (1994). A Medical Unit for the Acute Care of the Elderly. **Journal of the American Geriatric Society** 42(5): 545-552.
- Pompei, P., Foreman, M., Rudberg, M. A., Inouye, S. K., Braund, V., and Cassel, C. K. (1994). Delirium in hospitalized older persons: Outcomes and predictors. **Journal of the American Geriatrics Society** 42(8): 809-815.
- Poulshock, S. W., and Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issue in the measurement of burden. **Journal of gerontology** 39(2): 230-239.
- Quan, K. (2006). **Outcome definition**[Online]. Available from: http://www.healthfieldmedicare.suite101.com/print_article.cfm/outcomes [2007, September 9]
- RAND Health. (2002). **Developing quality of care indicators for the vulnerable elderly**[Online]. Available from: http://rand.org/pubs/research_briefs/RB4545-1/index1.html [2007, July 31]
- Rapp, C. G. (2001). Acute confusion/delirium protocol. **Journal of Gerontological Nursing** 27(3): 21-31.
- Ribby, K. J., and Cox, K. R. (1996). Development, implementation, and evaluation of a confusion protocol. **Critical Nurse Specialist** 10(5): 241-247.
- Roach, J. A., Tremblay, L. M., and Bowers, D. L. (1995). A preoperative assessment and education program: Implementation and outcomes. **Patient education and counseling** 25:83-85.
- Rockwood, K. (1993). The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. **Journal of Gerontology: Medical Sciences** 48(4): M162-166.
- Rockwood, K., et al. (1999). The risk of dementia and death after delirium. **Age and Ageing** 28(6): 551-556.

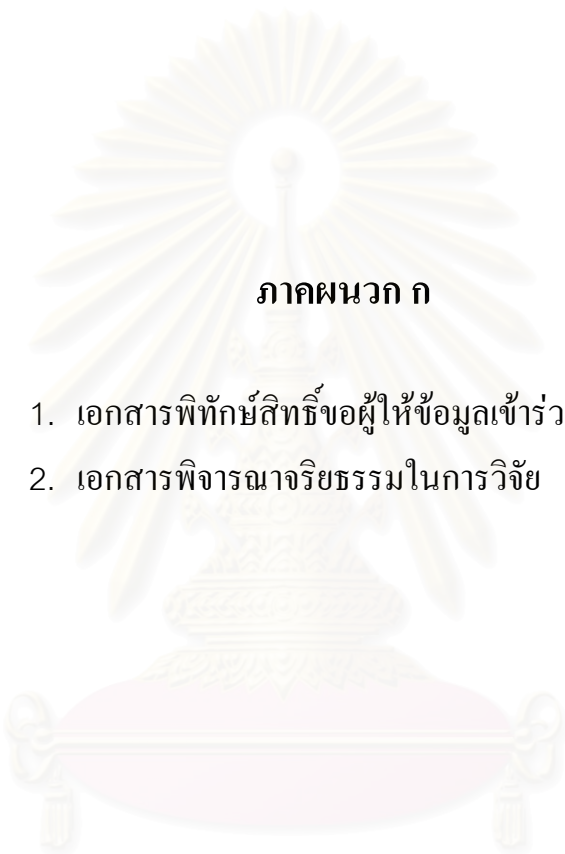
- Rosen, S. L. (1994). Managing delirious older adults in the hospital. **Med-Surg Nursing** 3(3): 181-189.
- Schofield, I. (2008). Delirium: Challenges for clinical governance. **Journal of Nursing Management** 16: 127-133.
- Schor, J. D., et al. (1992). Risk factors for delirium in hospitalized elderly. **Journal of the American Medical Association** 267(6): 827-831.
- Schuermans, M. J., Duursma, S. A., and Shortridge-Baggett, L. M. (2001). Early recognition of delirium: Review of the literature. **Journal of Clinical Nursing** 10: 721-729.
- Siddigi, N., House, A. O., and Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. **Age and Ageing** 35(4): 350-364.
- Stanley, M., Blair, K. A., and Beare, P. G. (2005). **Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging with Older Adults**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., et al. (2005). An education intervention can prevent delirium on acute medical wards. **Age and Ageing** 34(2): 152-156.
- Tess, M. M. (1991). Confusional states in critically ill patients: A review. **Journal of Neuroscience Nursing** 23(6): 398-401.
- Thanased, W. (2005). **Prevention and management of delirium in critically ill patients**. Master's Thesis. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- The University of Iowa. (2006). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**[Online]. Available from: <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/noc/nocoverview.htm>[2007, July 15]
- Thede, L. Q. (2003). **Informatics and nursing opportunities & challenges**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Tueth, M. J., and Cheong, J. A. (1993). Delirium: Diagnosis and treatment in the older patients. **Geriatrics** 48(3): 75-80.
- Twedell, D. (2005). Delirium. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 36(3): 102-103.
- University of Pennsylvania. (2007). **Enhancing care coordination: Hospital to home for cognitively impaired older adults and their caregivers**[Online]. Available from: http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00294307?term=caregivers+OR+caregiving&recr=open&rank=19&show_desc=Y#desc[2008, March 26]

- Wakefield, B., et al. (2001). Acute confusion. In M. L. Maas; K. C., Buckwalter; M. D., Hardy; T. Tripp-Reimer; M. G., Titler; and J. P. Specht (eds), **Nursing care of older adults: diagnoses, outcomes, and interventions**, pp.442-453. St.Louis: Mosby.
- Wanich, C., Sullivan-Marx, E., Gottlieb, G., and Johnson, J. (1992). Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 24(3): 201-207.
- Websters's online dictionary. (2006). **Quality definition**[Online]. Available from:
<http://www.websters-online-dictionary.org/definition/QUALITY>[2007, September 9]
- Warren, J. L., Bacon, W. E., Harris, T., McBean, A. M., Foley, D. J., and Phillips, C. (1994). The burden and outcomes associated with dehydration among US elderly, 1991. **American Journal of Public Health** 84: 1265-1269.
- Wilson, M. M., and Morley, J. E. (2003). Impaired cognitive function and mental performance in mild dehydration. **European Journal of Clinical Nutrition** 57(Supplement 2): S24-S29.
- Young, L. J., and George, J. (2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium?. **Age and Ageing** 32(5): 525-528.
- Young, J., and Inouye, S. K. (2007). **Delirium in older people**[Online]. Available from:
<http://bmj.com/cgi/eletter-submit/334/7598/842>[2008, April 3]
- Zanocchi, M., Vallero, F., Norelli, L., Zaccagna, B., Spada, S., and Fabris, F. (1998). **Acute confusion in the geriatric patient**[Online]. Available from:
<http://journals.elsevierhealth.com/periodicals/ymai/medline/record/MDLN.9676128>
[2008, April 24]
- Zarit, S. H., Reever, K. E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. **Gerontologist** 20(6): 649-655.
- Zimmer, M. J. (1974). A model for evaluation care. **Hospital** 48(2): 91-99.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย
2. เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(ผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดไปใช้)
(Informed Consent form)

ชื่อโครงการ ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน
 เฉียบพลัน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวโนชา สาระลิต ที่อยู่ 1873 หอพักพยาบาล
 จุฬาลักษณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330 ซึ่งได้ลง
 นามข้างท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวชี้วัด
 คุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน”

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
 ได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรอง
 ว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....
 สถานที่/วันที่

.....
 ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
 สถานที่/วันที่

.....
 (นางสาวโนชา สาระลิต)

.....
 ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่/วันที่

.....
 (.....)

.....
 พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information)

ชื่อ โครงการวิจัย ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนocha สาระสิต

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยวชิรญาณ-สามัคคีพยาบาลชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ที่บ้าน 108/77 ซอยต้นสน ถ.แจ้งวัฒนะ ต.ปากเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ. นนทบุรี

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-2564156 โทรศัพท์ที่หอพัก 02-2564186

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-8191523 E-mail: anoched@hotmai.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.2 เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

3 โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้เทคนิคการวิจัยลักษณะเดลฟาย (Modified Delphi technique) ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ ในการเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 1 ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาผู้เข้าร่วมการวิจัยในการสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที และในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2 และเดลฟาย รอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถาม ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาในรอบ 2 และรอบ 3 รอบละ 30- 45 นาที

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มผู้มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ หรือด้านวิชาการ จำนวน 21 คน ได้แก่ ผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน ด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 6 คน และด้านการรักษาจำนวน 2 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ โดยกำหนดผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟายรอบที่ 1 เป็นการใช้อย่างแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่สร้างขึ้นเอง จากการศึกษาและวิเคราะห์เอกสารทั้งที่เป็นตำรา วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2 เป็นการใช้อย่างแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหาที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 ท่านในรอบที่ 1 นำมาให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มนำมาจะเป็นของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเพิ่มเติม

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟายรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความถูกต้องเหมาะสมของตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 21 ท่าน และผลการวิเคราะห์คำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านที่ได้ให้ความเห็นไว้เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเอง หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญ

4.5 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันไปใช้ในการประเมินคุณภาพนั้น จะนำไปให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและ/หรือพยาบาลระดับ หัวหน้าแคว จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยลักษณะแบบสอบถามระดับความเป็นไปได้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งคาดว่า จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

4.6 ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัย การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน

5. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มิมีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวอนิชา สาระสิต ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 081-8191523 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและ

นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 015/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย : ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
สับสนเฉียบพลัน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอโนชา สาระสิด นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 29 มกราคม 2551

วันหมดอายุ : 28 มกราคม 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เงื่อนไข
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตรา
ของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช่ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD
ภายใน 60 วัน

COA No. 220/2008
IRB No. 092/51

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอินชา สาระสิต

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม
(ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์เอนก อารีพรรค)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอารีรัตน์ สุพุทธธาดา)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 8 เมษายน 2551

วันหมดอายุ : 8 เมษายน 2552

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ข

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้
 1. นางสาววาทินี คัชมาตย์
 2. นางสาวสุธีรา ตั้งตระกูล
 3. นางสาวชฎารัตน์ สมทอง
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้
 1. นางสุพิชญา หวังปีติพาณิชย์
 2. นางสาวสุณี สุวรรณพสุ
 3. นางสาวชุลี ภูทอง
 4. นางนงเยาว์ มงคลอิทธิเวช
 5. นางสาวธีรนนท์ สิงห์เฉลิม
 6. นายฉัตรชัย ไหม่เขียว
 7. นางกฤษดา ชังวิสัย
 8. นางสาววรรณิ จิระวานิชย์กุล
 9. นางสาวเยาวภา เพียรพานิช
 10. นางสาววิณา ลี้มสกุล
3. อาจารย์พยาบาล จำนวน 6 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้
 1. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี แยมวงษ์
 3. รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ
 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกพร สุขคำวัง
 5. รองศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบูนพงศ์
 6. รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
4. แพทย์ผู้มีประสบการณ์เฉพาะทาง วุฒิบัตรด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ดังต่อไปนี้
 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ

ประวัติผู้เชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลและด้านวิชาการ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะล้มลง

1. กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล

1.1 นางสาววาณี คัชมาตย์

- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540
นบ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2527
วท.บ.(พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2523
- ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้อำนวยการ หอผู้ป่วย
อายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลรามาชินดี
- ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 28 ปี
- ผลงานทางวิชาการ
- Outcome of endotracheal intubation among hospitalized patients in department of medicine. Rama Nurs 2000
 - การพัฒนารูปแบบการจัดอัตรากำลัง พ.ศ. 2542
 - การเฝ้าระวังโรคปอดบวมจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยอายุรกรรม ในโรงพยาบาลรามาชินดี พ.ศ. 2543
 - แนวคิดการพยาบาลครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2543
 - ร่วมเป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พ.ศ. 2547
 - เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง Medication error: ประสบการณ์และแนวทางแก้ไข พ.ศ. 2550

1.2 นางสาวสุธีรา ตั้งตระกูล

- วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาศาสตร์บัณฑิตและประกาศนียบัตรผดุงครรภ์พยาบาล
ชั้นสูง (วทบ.พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วุฒิบัณฑิตพยาบาลชำนาญเฉพาะสาขาการพยาบาลอายุรกรรม-
ศัลยกรรม (สาขาอายุรกรรม) สภาการพยาบาล พ.ศ. 2547

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แผนกการพยาบาล
อายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การอบรม วุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางอายุรกรรม คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547

ผลงานทางวิชาการ

- งานวิจัย การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยตาม
ความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2540
- งานวิจัย การพัฒนากระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ
พยาบาลของโอเร็ม พ.ศ. 2542-2543
- งานวิจัย การสังเคราะห์งานวิจัยและพัฒนารูปแบบการใช้สารละลายน้ำเกลือ
หลอดเลือดดำแทนเฮปาริน พ.ศ. 2546
- โครงการพัฒนางาน การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เขียนพินตามแนวทางการดูแล (Acute Coronary Syndrome: Clinical
Practice Guideline)
- คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- คู่มือการดูแลตนเองสำหรับโรคเบาหวาน

วิทยากร

- การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
- การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเขียนพิน
- การประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล
- การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเขียนพิน
- การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- บัณฑิตทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล
- วิทยากรกลุ่ม อบรมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติทางอายุรกรรม
- วิทยากรกลุ่ม อบรมการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังทางอายุรกรรม
- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา Electrolyte Imbalance
- การบริหารความเสี่ยงและการรายงาน
- กระบวนการวิจัย เรื่อง การค้นคว้าและการอ้างอิงเอกสาร

- กระบวนการวิจัย เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มมา ใช้ในการวิจัย

อาจารย์สอนเสริม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ชุติวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤติ
 ชุติวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู
 ชุติวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตและเป็ฯ
 กรรมการสอบ

1.3 นางสาวชฎารัตน์ สมทอง

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 21 ปี

ผลงานทางวิชาการ

- เป็นวิทยากรบรรยายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
- เป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง Evidence based practice
- เป็นประธานการเก็บตัวชีวิตแผลกคหับของชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล
- เป็นกรรมการพัฒนา ICNP ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 - ปัจจุบัน

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

2.1 นางสุพิชญา หวังปิติพานิชย์

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำงานการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาควิชา
 พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งพยาบาลประจำการ 6 ปี
 ตำแหน่งอาจารย์พยาบาล 5 ปี

ผลงานวิจัย

- Behavioral management for urinary incontinence problem in elderly woman 2003
- The effect of behavioral management video media and practice guideline on severity of urinary incontinence among Thai elderly woman 2005

2.2 นางสาวสุณี สุวรรณพสุ

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วุฒิปดตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยพิเศษ ภาปร.16 โรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 22 ปี

2.3 นางสาวชุลี ภู่อทอง

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วุฒิปดตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 13 ปี

2.4 นางนงเยาว์ มงคลอิทธิเวช

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยโรคปอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 13 ปี

2.5 นางสาวธีรนนท์ สิงห์เฉลิม

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์หญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 25 ปี
 ผลงานทางวิชาการ วิทยากรอบรม Ostomy Care ของ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2.6 นายฉัตรชัย ใหม่เขียว

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยพิเศษ 9 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 14 ปี

2.7 นางกรุณา ชังวิลัย

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกผู้ป่วยนอกงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลโลกสำโรง

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 22 ปี

ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย เรื่อง การศึกษาลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
อำเภอโคกสำโรง พ.ศ. 2550

2.8 นางสาวรณิ จิระวานิชย์กุล

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2549

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลพบุรี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 13 ปี

ผลงานทางวิชาการ เป็นวิทยากร ในโครงการต่าง ๆ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและ
ระดับจังหวัด

อาจารย์พิเศษในสาขาผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

ได้รางวัล Best Practice เรื่องการดูแลแบบทางด่วน สำหรับ
ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.9 นางสาวเยาวภา เพียรพานิช

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ พ.ศ.2549

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลลพบุรี Case
Manager ผู้ป่วย COPD ของโรงพยาบาลลพบุรี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 22 ปี

ผลงานทางวิชาการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Best Practice) การดูแลผู้ป่วย Fast
Track MI

2.10 นางสาววิณา ลิ้มสกุล

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล

ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาล

สุราษฎร์ธานี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 19 ปี

3. อาจารย์พยาบาล

3.1 รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

วุฒิศึกษา ค.บ. (พยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2515

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

พ.ศ. 2521

ตำแหน่งทางวิชาการ รองศาสตราจารย์

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ประสบการณ์การดูงาน/ปฏิบัติงาน

- ประสบการณ์ดูงานการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่ University of Missouri Columbia
- พัฒนาทีมดูแลผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- เป็นกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลงานทางวิชาการ/การวิจัย

- กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วย Gillian Barren's Syndrome การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3
- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี : วารสารวิจัยทางการพยาบาล พ.ศ. 2542
- ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ปัญหาสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวลี เข้มวงษ์

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลงานด้านการสอน การพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ

รางวัลที่ได้รับ

- ข้าราชการดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ผลงานวิจัยดีเด่น จากสมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2541

ผลงานการวิจัยในวารสาร

- ผลของการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ต่อความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ รามาธิบดีพยาบาลสาร พ.ศ. 2539
- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุศาสตร์ การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2541 สมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุศาสตร์ วารสารวิจัยทางการพยาบาล พ.ศ. 2542

3.3 รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

วุฒิการศึกษา วท.ม. (สรีรวิทยา) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2525
วท.บ. (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2519

ตำแหน่งทางวิชาการ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาที่เชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้สูงอายุ

ผลงานวิจัย

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้ารับบริการใน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2538
- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2539
- ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมด ประจำเดือนและสตรีวัยสูงอายุ พ.ศ. 2539
- รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พ.ศ. 2546

ผลงานด้านการเขียนหนังสือ

- หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548
- พยาธิสรีรวิทยาการพยาบาล พ.ศ. 2550
- เกณฑ์วิทยาสำหรับพยาบาล พ.ศ. 2540

3.4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกพร สุคำวัง

วุฒิการศึกษา พย.ค.(พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540
 วท.ม (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)
 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2527
 ค.บ.(พยาบาลศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2522

ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาล
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตำแหน่งบริหาร ผู้อำนวยการ สถานบริการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 รางวัลที่ได้รับ อาจารย์ดีเด่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 15 สิงหาคม 2548

สาขาวิชาที่เชี่ยวชาญ การพยาบาลศัลยกรรม และการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผลงานวิจัย หัวหน้าโครงการ

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน เขตภาคเหนือของประเทศไทย พ.ศ. 2548
- ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัด เชียงใหม่ พ.ศ. 2543

โครงการร่วมวิจัย

- การปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พ.ศ. 2548
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพกระดูกสำหรับประชากรผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2546
- การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2543
- พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2543
- การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2542

3.5 รองศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบูนพงศ์

วุฒิการศึกษา B.SC. (Nursing) Chiangmai University, Thailand.
M.S. (Nursing) The Catholic University, USA.
Ph.D. (Epidemiology) University of Adelaide, Australia.

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม

ประสบการณ์ด้านการสอน

- ปริญญาตรี : การพยาบาลผู้ใหญ่ และส่งเสริมสุขภาพ
- ปริญญาโท : การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ วิจัยทางการพยาบาล
- ปริญญาเอก : ระบบและนโยบายสุขภาพ วิจัยทางการพยาบาล

รางวัลที่ได้รับ

- Royal Thai Government Scholarship. (for studying at Master level in U.S.A) 1975
- IDP Scholarship. (for studying at Ph.D level in Australia) 1985
- The Southern Thai Nurse association Award for the Best Nursing Education Administrator 1999

- The Faculty of Nursing Award for the Best Academic Staff on Research 2004

ผลงานด้านหนังสือ

- Care of clients with immune disorders. 1982
- Nursing care plan for clients with medical problems 1984
- Impact of shiftwork. In Sleep and sleep disorders 1994

ผลงานวิจัย

- Development of health care services at the primary care setting: A case study to Amphor Namom, Songkhla, 2003.
- Feasibility study for the Establishment of Bangladesh Master's Degree Program in Nursing. Directorate of Nursing Services, Ministry of Health and Welfare, Dhaka, 2004.

3.6 รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญพัฒนา

วุฒิการศึกษา PH.D. (Gerontological Nursing) Oregon Health Sciences University, USA

ค.ม. (บริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาที่เชี่ยวชาญ การพยาบาลผู้สูงอายุ

4. แพทย์ผู้มีประสบการณ์เฉพาะทาง วุฒิบัตรประสาทวิทยาหรือประสาทศัลยศาสตร์

4.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ

วุฒิการศึกษา พ.บ. (เกียรตินิยม)

ว.ว. (อายุรศาสตร์), ว.ว. (ประสาทวิทยา),

อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

ตำแหน่งปัจจุบัน รองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 2894



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 158
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 พฤศจิกายน 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาว โนชา สาระสิต นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คว้ชีวิตคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน” โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวที่แนบ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ดังนี้

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. นางสาวชฎารัตน์ สมทอง | หัวหน้าหอผู้ป่วยระดับ 7 |
| 2. นางสาวสุณี สุวรรณพสุ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 3. นางสาวชฎิ ภูทอง | พยาบาลวิชาชีพ 6 |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุสรวิรัชย์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวชฎารัตน์ สมทอง, นางสาวสุณี สุวรรณพสุ และนางสาวชฎิ ภูทอง

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

นางสาว โนชา สาระสิต โทร. 0-2256-4156



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามรอบที่ 1

เรื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

1. ระดับการศึกษา () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม ทักษะ คุณค่า ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ของ Moorhead et al. (2004) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) โดยแบ่งตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ

1.1 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional health)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติหรือเคลื่อนไหวได้ตามศักยภาพเดิม สามารถพักผ่อนได้ในระหว่างวัน และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน หรือใน 1 วันนอนหลับได้อย่างน้อย 5 ชั่วโมง

1.2 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา (Physiologic health)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ปฏิบัติตามคำสั่งได้ จำตัวเองและบุคคลอื่น ๆ ได้ ระบุสถานที่ เวลา วัน เดือน ปี เหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ ที่ผ่านมาได้ ถูกต้อง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจนโดยการพูด การเขียน หรือด้วยท่าทางภาษาทางกาย เรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ได้ถูกต้อง อ่านหนังสือประโยคสั้น ๆ หรือข้อความได้และเข้าใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย หรือได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม ผิวหนังตึงและชุ่มชื้น ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล อุณหภูมิของร่างกาย จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะและอัตราการหายใจ ความดันโลหิต รวมถึงระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ Blood chemistry ต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ

1.3 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพจิตสังคม** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ไม่มีอาการประสาทหลอน สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เกิดการทำร้ายหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น สามารถควบคุมความวิตกกังวล ความเครียด เชนัญปัญหาและขอรับการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

1.4 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (Health knowledge and behavior)** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางทักษะ ทักษะ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ความ

เข้าใจและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

1.5 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ (Perceived health) หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล คือ สามารถบอกความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความรู้สึกสุขสบาย ความรู้สึกปวด ความรู้สึกพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้

1.6 ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล (Family health) หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว การปรับตัวของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการป้องกันอันตราย การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ รวมถึงความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยลักษณะเดลฟาย รอบที่ 2

เรื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

เรียน

ดิฉัน นางสาว อโนชา สาระสิต นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความกรุณาท่าน ในการตอบแบบสอบถาม สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยเทคนิควิจัยลักษณะเดลฟาย รอบที่ 2 ครั้งนี้ เป็นการให้น้ำหนักคะแนนความสำคัญต่อผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละรายการ คำตอบของท่านจะเป็นความลับ แต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณา ร่วมกับความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ท่านอื่น เพื่อหาความสอดคล้องกันของผู้มีประสบการณ์ต่อผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ และขออนุญาตรับความคิดเห็นพร้อมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ค่ะ

ด้วยความขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นางสาว อโนชา สาระสิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นการรวบรวมข้อมูล ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1 โดยสร้างเป็นข้อคำถามได้ จำนวน 6 กลุ่มผลลัพธ์ ประกอบด้วยรายการผลลัพธ์การพยาบาลทั้งหมด 58 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่ม	กลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	จำนวน (ข้อ)
1	กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	7
2	กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา	19
3	กลุ่มสุขภาพจิตสังคม	9
4	กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	6
5	กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	5
6	กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล	12
	รวม	58 ข้อ

เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญของผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละรายการ โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ 5, 4, 3, 2, และ 1 มีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญมาก
- 3 หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญน้อยที่สุดหรือไม่สำคัญ

หากท่านเห็นว่าในแต่ละกลุ่มหรือรายการผลลัพธ์ ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดในช่องข้อเสนอแนะข้างท้ายแต่ละรายการผลลัพธ์

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. กลุ่มคุณภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย						
1.1 การเคลื่อนไหวของร่างกาย						
1.2 การบาดเจ็บจากการผูกยึด						
1.3						
2. กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา						
2.1 ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด						
2.2 สัญญาณชีพ						
2.3						
3. กลุ่มสุขภาพจิตสังคม						
3.1 อาการประสาทหลอน						
3.2 ความสามารถในการควบคุมตนเอง						
3.3						
4. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ						
4.1 การป้องกันความเสี่ยง						
4.2 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ						
4.3						

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
5. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ						
5.1 การรับรู้อาการเจ็บป่วย						
5.2 การรับรู้ความสุขสบาย						
5.3						
6. กลุ่มสุขภาพด้านครอบครัว/ผู้ดูแล						
6.1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแล						
6.2 ความเครียดของผู้ดูแล						
6.3						
7. กลุ่มอื่น ๆ						
7.1						
7.2.....						
7.3.....						

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน

ดิฉัน นางสาว อโนชา สาระสิต นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์ของท่าน ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 และรอบที่ 2 จนกระทั่งได้เนื้อหาสาระที่ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในรอบที่ 3 สำหรับการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ท่านยืนยันคำตอบ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ และขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

นางสาว อโนชา สาระสิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิควิจัยลักษณะเดลฟาย รอบที่ 3

เรื่อง **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน**

คำชี้แจงเพื่อการตอบแบบสอบถาม

1. ในการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาคำตอบที่ท่านได้ให้ไว้จากการเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 ที่ผ่านมา และยืนยันว่าความคิดเห็นของท่านยังคงเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลง โดยขอให้ท่านพิจารณาจากรายการผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากความคิดเห็นของท่านในรอบที่ 2

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว ได้โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ซึ่งระดับความคิดเห็นของท่าน หมายถึง ระดับความสำคัญของผลลัพธ์การพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญน้อย |
| 1 | หมายถึง | ข้อความดังกล่าวเป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่สำคัญน้อยที่สุด |

3. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญตอบทุกข้อ กรณีที่ความคิดเห็นของท่านในรอบนี้ อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่าความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านระบุเหตุผล เพื่อจะได้นำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยต่อไป

คำชี้แจงค่าที่นำเสนอในแบบสอบถาม

ค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย

- ค่าที่เป็นคำตอบของท่าน ในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ ●
- ค่ามัธยฐาน (Median : Md) คือค่ากลางของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญใช้สัญลักษณ์ ☆

ความหมายของค่ามัธยฐาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อระดับความสำคัญในแต่ละข้อรายการผลลัพธ์การพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีดังนี้

≥ 4.50	หมายถึง	ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	หมายถึง	ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก
2.50 – 3.49	หมายถึง	ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง	ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อย
< 1.50	หมายถึง	ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) เป็นค่าช่วงของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 ท่าน ที่มีต่อข้อรายการผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นๆ ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow โดยใช้เกณฑ์ตัดสินค่าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนี้คือ

ค่า $IR \leq 1.50$ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อรายการผลลัพธ์การพยาบาลนั้นสอดคล้องกัน

ค่า $IR > 1.50$ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อรายการผลลัพธ์การพยาบาลนั้นไม่สอดคล้องกัน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในเกณฑ์ของขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ

ตัวอย่างการแปลความหมายข้อมูล

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ระดับความสำคัญ ของรายการผลลัพธ์					คำตอบของ ผู้เชี่ยวชาญ		เหตุผล
	5	4	3	2	1	Md	IR	
1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย								
1.2 การดูแลตนเองในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน	● ☆ \longleftrightarrow ✓					4.62	0.65	
1.3 การนอนหลับ	☆ \longleftrightarrow		● ✓			4.69	0.31	

การแปลความหมาย ข้อ 1.2 การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

1. ค่ามัธยฐาน (Md) = 4.62 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.65 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับสำคัญมากที่สุด

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ คำตอบ 5 (เครื่องหมาย ✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขต \longleftrightarrow ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

การแปลความหมาย ข้อ 1.3 การนอนหลับ

1. ค่ามัธยฐาน (Md) = 4.69 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.31 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า การนอนหลับ เป็นผลลัพธ์การพยาบาลที่มีระดับสำคัญมากที่สุด

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ คำตอบ 3 (เครื่องหมาย ✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขต \longleftrightarrow ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดให้เหตุผลประกอบด้วย หากท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาอยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

ตัวอย่างแบบสอบถามในการวิจัยลักษณะเดอฟาย รอบที่ 2

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น					คำตอบของ กลุ่มผู้มี ประสบการณ์		เหตุผล
	5	4	3	2	1	Md	IR	
1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย								
1.1 การเคลื่อนไหวร่างกาย	☆ ↔					4.33	1.23	
1.2 การดูแลตนเองในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน	☆ ↔					4.62	0.65	
1.3 การนอนหลับ	☆ ↔					4.69	0.31	
1.4								
2. กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา								
2.1 ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด	☆ ↔					4.62	0.98	
2.2 ระดับสัญญาณชีพ	☆ ↔					4.49	1.26	
2.3 ระดับความรู้สึกรู้ตัว	☆ ↔					4.62	0.81	
2.4 การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล	☆ ↔					4.55	1.08	
2.13 ภาวะคั่งของของเสีย (BUN/Cr)***	☆ ↔					4.29	1.43	

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น					คำตอบของ กลุ่มผู้มี ประสบการณ์		เหตุผล
	5	4	3	2	1	Md	IR	
3. กลุ่มความรู้ และพฤติกรรม สุขภาพ								
3.1 การบาดเจ็บจากการผูกยึด	☆ ↔					4.58	1.04	
3.2 การปลัดตกหกล้ม	☆ ↔					4.71	0.29	
3.3								
4. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ								
4.1 การรับรู้อาการเจ็บป่วย	☆ ↔					4.35	1.08	
4.2								
5. กลุ่มสุขภาพด้านครอบครัว/ผู้ดูแล								
5.1 ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	☆ ←					4.69	0.31	
5.2 ความเครียดของผู้ดูแล	☆ ←					4.69	0.31	
5.3								

*** ผลลัพธ์ที่เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้ในการประเมินคุณภาพ เรื่อง ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

เรียน

ดิฉัน นางสาว อโนชา สาระสิต นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความกรุณาท่าน ในการตอบแบบสอบถาม สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละรายการไปใช้ในการประเมินคุณภาพ คำตอบของท่านจะเป็นความลับ แต่จะใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นจากผู้มีประสบการณ์ท่านอื่น เพื่อหาความสอดคล้องกันของผู้มีประสบการณ์ต่อผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครบทุกข้อ และขอน้อมรับความคิดเห็นพร้อมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยนี้

ด้วยความขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นางสาว อโนชา สาระสิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ระดับการศึกษา () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
2. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วย.....แผนก.....
3. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน () พยาบาล ระดับ..... () หัวหน้าหอผู้ป่วย
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาล.....ปี
 ประสบการณ์การปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย.....ปี



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนของเทคนิคการวิจัย ลักษณะเดลฟาย ว่าผลลัพธ์แต่ละรายการ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันระดับใด โดยสร้างเป็นข้อคำถามได้ จำนวน 5 กลุ่มผลลัพธ์ ประกอบด้วยรายการผลลัพธ์การพยาบาลทั้งหมด 40 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่ม	กลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	จำนวน (ข้อ)
1	กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	4
2	กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา	13
3	กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	6
4	กลุ่มการรับรู้สุขภาพ	5
5	กลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล	12
	รวม	40 ข้อ

เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อระดับความเป็นไปได้ในการนำผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันในแต่ละรายการ ไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ 5, 4, 3, 2, และ 1 มีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ผลลัพธ์การพยาบาลรายการนั้นมีความเป็นไปได้มากที่สุด
ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

4 หมายถึง ผลลัพธ์การพยาบาลรายการนั้นมีความเป็นไปได้มาก
ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

3 หมายถึง ผลลัพธ์การพยาบาลรายการนั้นมีความเป็นไปได้ปานกลาง
ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

2 หมายถึง ผลลัพธ์การพยาบาลรายการนั้นมีความเป็นไปได้น้อย
ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

1 หมายถึง ผลลัพธ์การพยาบาลรายการนั้นมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด
ในการนำไปใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม ทักษะคิด คุณค่า ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนี้สร้างขึ้นจากแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ของ Moorhead et al. (2004) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันของ Stanley et al. (2005) โดยแบ่งตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ คือ

1.1 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระ สามารถพักผ่อนได้ในระหว่างวัน และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน หรือใน 1 วัน นอนหลับได้อย่างน้อย 5 ชั่วโมง

1.2 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพเสรีวิทยา** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล ซึ่งได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ปฏิบัติตามคำสั่งได้ จำตัวเองและบุคคลอื่นๆ ได้ ระบุสถานที่ เวลา วัน เดือน ปี เหตุการณ์สำคัญต่างๆ ที่ผ่านมาได้ถูกต้อง รวมถึงความจำทั้งในระยะสั้นและระยะยาวกลับเป็นปกติ สามารถสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง มีความตั้งใจและมีสมาธิเรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ได้ถูกต้อง อ่านหนังสือประโยชน์ๆ ได้และเข้าใจ สามารถระบุทางเลือกในการรักษาพยาบาลและแหล่งประโยชน์ของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้อย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย หรือได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำอย่างเหมาะสม ผิวหนังตึงและชุ่มชื้น ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุล อุณหภูมิของร่างกาย จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะและอัตราการหายใจ ความดันโลหิต รวมถึงระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด และ Blood chemistry ต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม และไม่เกิดอาการบาดเจ็บจากการผูกยึด

1.3 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

1.4 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มการรับรู้สุขภาพ** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงผลการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่ได้รับการพยาบาล สามารถบอกได้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกสุขสบาย บอกความรู้สึกพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพได้

1.5 **ตัวชี้วัดคุณภาพกลุ่มสุขภาพครอบครัว/ผู้ดูแล** หมายถึง สิ่งบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่การปรับตัวของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความวิตกกังวลและความเครียด และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2. **ผู้ป่วยสูงอายุ** หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

3. **ภาวะสับสนเฉียบพลัน (acute confusional state หรือ delirium)** หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันแต่ชั่วคราว โดยมีความบกพร่องของหน้าที่ของสมองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปัญญา (global cognitive impairment) และเป็นความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) มีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (cognition) หรือมีการรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลันประกอบด้วย การขาดความตั้งใจ (inattention) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (disorientation) ความจำบกพร่อง (memory impairment) การจัดระบบความคิดผิดปกติ (disorganized thinking) การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (psychomotor disturbance) และความผิดปกติของวงจรการนอนหลับ – ตื่น (sleep – wake cycle disturbance) อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดและเป็นในช่วงเวลาไม่นาน ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Thai Delirium Rating Scale: TDRS) ที่พัฒนาขึ้นโดยสมบัติ ศาสตร์รุ่งกัก และคณะ ในปี พ.ศ. 2544

4. **ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์ต่อตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่ได้จากการวิจัยนี้ ที่ผ่านการยอมรับในระดับมาก ถึงมากที่สุด ที่จะสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพ

5. **ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน**

5.1 **การเคลื่อนไหวของร่างกาย** หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติเหมือนบุคคลปกติทั่วไปหรือเคลื่อนไหวได้ตามศักยภาพเดิมก่อนที่จะมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

5.2 **การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างเต็มศักยภาพเท่าที่จะทำได้ ซึ่งวัดได้จากเครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL index)

5.3 การนอนหลับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันสามารถพักผ่อนได้ในระหว่างวัน และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน หรือใน 1 วัน นอนหลับได้อย่างน้อย 5 ชั่วโมง ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการนอนหลับในผู้สูงอายุ

5.4 ปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา หมายถึง อุบัติการณ์ของการเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผลข้างเคียงเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือถึงแก่ความตาย ซึ่งได้แก่ อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ปวดศีรษะหรือเจ็บแน่นหน้าอก ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการทรงตัว และปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร

5.5 ภาวะออกซิเจนในเลือด หมายถึง การคงไว้ซึ่งระดับปกติของความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุ วัดโดยการใช้เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว Arterial Blood Gas ระดับความรู้สึกตัว จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต

5.6 ระดับสัญญาณชีพ หมายถึง อุณหภูมิของร่างกาย จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ของผู้ป่วยสูงอายุ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้คือ

อุณหภูมิของร่างกาย		36.4°C - 37.5°C (97.4°F - 99.5°F)
อัตราการเต้นของหัวใจ		60 - 80 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ		12 - 16 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต	Systolic	90 - 140 mmHg
	Diastolic	60 - 90 mmHg
	Mean	70 - 90 mmHg

5.7 ระดับความรู้สึกตัว หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีปฏิกิริยาที่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)

5.8 การรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุสามารถจำตัวเองและบุคคลใกล้ชิดได้ รวมถึงสามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง

5.9 ความสามารถในการสื่อสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถแปลผลข้อมูลที่รับมา และอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างถูกต้องโดยการพูด การเขียน และ/หรือ ด้วยท่าทางภาษาทางกาย

5.10 กระบวนการแปลผลข้อมูล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุในการรับข้อมูล และสื่อให้ผู้อื่นได้ถูกต้องสามารถเรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ได้ อ่านหนังสือประโยคสั้นๆ หรือข้อความได้และเข้าใจความหมายในข้อความที่อ่าน อธิบายถึงความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างข้อความ 2 รายการ และสามารถบอกหรือลบเลขได้

5.11 ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีระดับเกลือแร่และกรด-ด่างในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งวัดได้จาก ระดับความรู้สึกตัว จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะและอัตราการหายใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Blood chemistry: electrolytes, calcium, magnesium, serum pH, serum albumin, blood urea nitrogen (BUN), serum creatinine, urinalysis)

5.12 ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุได้รับสารน้ำเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย สามารถวัดได้จาก ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง (I/O) ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความตึงตัวของผิวหนัง Serum electrolytes, Hematocrit, Urine specific gravity

5.13 ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันอันเป็นผลมาจากร่างกายได้รับสารอาหารจากการบริโภคอาหารที่ได้สัดส่วน ทั้งชนิด ปริมาณ และสมดุลกับความต้องการของร่างกาย และร่างกายนำสารอาหารไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินภาวะโภชนาการ โดยประเมินจากอาหารและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันตามน้ำหนักตัว

5.14 ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ สามารถไปถ่ายปัสสาวะในห้องน้ำหรือขออนุญาตสำหรับใช้ในการถ่ายปัสสาวะได้

5.15 ความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ สามารถไปถ่ายอุจจาระในห้องน้ำหรือขออนุญาตสำหรับใช้ในการถ่ายอุจจาระได้

5.16 การติดเชื้อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ เช่น มีไข้ มีผลเลือดผิดปกติ เช่น wbc สูง หรือผล hemoculture, urine culture, sputum culture positive

5.17 ภาวะคั่งของของเสีย (BUN / Cr) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวัดได้จาก ค่า BUN/Cr ในเลือด ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมง (I/O) ระดับความรู้สึกตัว

5.18 การบาดเจ็บจากการผูกยึด หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่ได้รับการผูกยึดเกิดอาการบาดเจ็บทางร่างกาย ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ผิวหนังถลอก ข้อติดแข็ง กระดูกหัก และอาการปวดหลังจากการรัดเตียงบริเวณลำตัว

5.19 การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกาย หรือการเปลี่ยนท่า โดยไม่ได้ตั้งใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นผลทำให้ร่างกายทรุดลงนั่งหรือนอนลงกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่างๆ เป็นการเกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถควบคุมได้

5.20 การรับรู้ชาวัวปัญญา หมายถึง การมีความใส่ใจ มีสมาธิ ใช้คำพูดและภาษาที่ชัดเจน เหมาะสม สามารถสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง ระบุวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินโดยใช้ Thai Mini-mental State Examination (TMSE)

5.21 การดึงอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีพฤติกรรมที่รบกวนต่อการรักษาหรือพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง โดยการดึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการรักษา อันได้แก่ สายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ สายให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะ และท่อช่วยหายใจ ออกจากร่างกาย

5.22 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้รับการรักษาพยาบาลจนหายจากอาการสับสนเฉียบพลันแล้ว เมื่อพยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำ ผู้ป่วยสามารถรับรู้และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

5.23 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้รับการรักษาพยาบาลจนหายจากอาการสับสนเฉียบพลันแล้ว เมื่อพยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำ ผู้ป่วยสามารถรับรู้และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

5.24 การรับรู้อาการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และความไม่สุขสบายของตนเอง

5.25 การรับรู้ความสุขสบาย หมายถึง ความคิด และความรู้สึกสุขสบายของตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ

5.26 การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุต่ออาการปวด สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด (Numeric pain intensity scale)

5.27 การรับรู้สภาวะของตนเอง หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือการแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

5.28 ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้น สามารถวัดได้โดยเทียบภาวะสุขภาพกับคนในวัยเดียวกัน

5.29 ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน รู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นคงปลอดภัย หวั่น

วิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย มีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ได้แก่ กระวน กระวาย หงุดหงิด เกรียด พักไม่ได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Spielberg (1983)

5.30 ความเครียดของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ เป็นภาวะของความวุ่นวายทางจิตใจ ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งแสดงออกทางความรู้สึก พฤติกรรม อาการ หรืออาการแสดง สามารถวัดได้จากแบบสอบถามความเครียดของกรมสุขภาพจิต

5.31 ความกลัวของครอบครัว/ผู้ดูแล หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองด้านจิตอารมณ์ของครอบครัว/ผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยมีการแสดงออกด้านคำพูด การเคลื่อนไหวของร่างกาย และสีหน้าว่าต้องการหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

5.32 ระดับสุขภาวะของผู้ดูแล หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เป็นความสมดุลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล

5.33 การปรับตัวของครอบครัว / ผู้ดูแล ต่อสภาวะของผู้ป่วย หมายถึง การที่ครอบครัว / ผู้ดูแลสามารถรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

5.34 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ร่วมกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล โดยการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย

5.35 การรับรู้ของครอบครัวในขณะเกิดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางกาย ทางจิตใจ สังคม และความไม่สุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุที่มีสับสนเฉียบพลัน

5.36 ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลได้ถูกต้อง ซึ่งคาดว่าจะสามารถให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

5.37 ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

5.38 ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรืออุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันและสามารถป้องกันได้

5.39 การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันซ้ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถนำความรู้และ/หรือ คำแนะนำที่ได้รับไปปฏิบัติ เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

5.40 ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นเชิงบวกของญาติต่อการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล ที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่เป็นไปตามความคาดหวังของญาติ สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลไปใช้ในการประเมินคุณภาพ

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น ความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย						
1.1 การเคลื่อนไหวของร่างกาย						
1.2 การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
1.3						
2. กลุ่มสุขภาพสรีรวิทยา						
2.1 ภาวะออกซิเจนในเลือด						
2.2 ระดับสัญญาณชีพ						
2.3						
3. กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ						
3.1 การบาดเจ็บจากการผูกยึด						
3.2 การพลัดตกหกล้ม						
3.3						
4. กลุ่มการรับรู้สุขภาพ						
4.1 การรับรู้อาการเจ็บป่วย						
4.2 การรับรู้ความสุขสบาย						
4.3						

กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพ ด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	ความคิดเห็น ความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
5. กลุ่มสุขภาพด้านครอบครัว/ผู้ดูแล						
5.1 ความวิตกกังวลของครอบครัว/ผู้ดูแล						
5.2 ความเครียดของครอบครัว/ผู้ดูแล						
5.3						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางแสดงเหตุผลในการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง แสดงเหตุผลผลการตอบนอกพัลย์ระหว่างควอไทล์

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
1.	กลุ่มสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย	
1.1	การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> - การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจะชัดเจนกว่า และการเคลื่อนไหวร่างกายสามารถประเมินจาก ADL ได้ - เนื่องจากภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า - ภาวะสับสนเฉียบพลันมี 2 ลักษณะ คือ วุ่นวาย + ซึมลง (การรับรู้เปลี่ยนแปลง) ดังนั้น การเคลื่อนไหวไม่สามารถเป็นตัวชี้วัดคุณภาพได้
1.2	การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า
1.3	การนอนหลับ	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิต - ผู้สูงอายุจะมีปัญหาการนอนหลับอยู่แต่เดิม หลับช่วงสั้น ๆ ตื่นบ่อย Cycle ไม่ถึง Non REM ถ้าจะให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดก่อนข้างยาก (วัดยาก)
1.4	ปัญหาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ยาในผู้สูงอายุ อาจไม่ใช่ภาวะแทรกซ้อน แต่เป็นลักษณะการดูแล ซึมยา และการขับของยาเปลี่ยนแปลงไป ประเด็นหลักของเรื่องนี้ คือ Definition ของคำว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลคืออะไร

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
2.	กลุ่มสุขภาพสตรีวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัดในกลุ่มสตรีวิทยาทั้งหมด เป็นตัวชี้วัดที่พยาบาลต้อง Monitor บันทึก และ แปลความได้ แต่ด้วยการพยาบาล หรือ Nursing intervention เพียงอย่างเดียวไม่สามารถกำหนด Outcome ของตัวชี้วัดเหล่านี้ ตัวอย่าง : สัญญาณชีพ พยาบาล Monitor ได้ เข้าใจได้ แต่ Action ของพยาบาลที่จะทำให้สัญญาณชีพจากไม่ดี เป็นดี ไม่มี หรือไม่ชัดเจน เพียงแค่รายงานแพทย์เท่านั้น
2.1	ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด	<ul style="list-style-type: none"> - Delirium เองไม่น่าจะทำให้ Oxygenation เปลี่ยน คิดว่าเป็นสาเหตุของ Delirium มากกว่า
2.2	ระดับสัญญาณชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - Delirium เองไม่น่าจะทำให้ Oxygenation เปลี่ยน คิดว่าเป็นสาเหตุของ Delirium มากกว่า - สัญญาณชีพไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในภาวะสับสนเฉียบพลัน
2.3	ระดับความรู้สึกรู้ตัว	<ul style="list-style-type: none"> - จะใช้กับผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า และระดับความรู้สึกรู้ตัวไม่สัมพันธ์กับภาวะ Delirium
2.4	การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรจะเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า
2.5	ความสามารถในการสื่อสาร	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรจะเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
2.6	การรับข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรจะเป็นการวัดถึงภาวะคุกคามของชีวิตมากกว่า - อาการทางคลินิกของ Delirium มีความผิดปกติของ “การรับรู้” ซึ่งการรับรู้เป็นตัวชี้วัดได้ชัดเจนกว่า
2.7	ความสมดุลของเกลือแร่และกรด-ด่าง	-
2.8	ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย	-
2.9	ภาวะโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรจะเป็นการวัดถึงภาวะคุกคามของชีวิตมากกว่า - ผู้สูงอายุมีปัญหาโภชนาการจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง จะลดปัจจัยไม่ใช่เรื่องที่ทำได้ง่าย - ไม่ได้เป็นปัจจัยหลักแต่อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะ Confuse เพิ่มขึ้น
2.10	ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรจะเป็นการวัดถึงภาวะคุกคามของชีวิตมากกว่า - ไม่สัมพันธ์กับภาวะ Delirium ควรจะประเมินจาก ADL ของผู้ป่วยสูงอายุ - ภาวะสับสนเฉียบพลันมักกั้นปัสสาวะ-อุจจาระ หรือควบคุมการปัสสาวะและอุจจาระ ไม่ได้
2.11	ความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ท้องผูก - ความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระ จะไม่สัมพันธ์กับภาวะ Delirium - ภาวะสับสนเฉียบพลันมัก ควบคุมการปัสสาวะและ อุจจาระ ไม่ได้

ตาราง แสดงเหตุผลการตบนอนกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
2.12	การติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้าผู้ป่วยมีการติดเชื้อไม่มาก ส่วนใหญ่จะไม่เกิดภาวะสับสน ยกเว้นภาวะ Septicemia - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนในโรงพยาบาล มักมาด้วยปัญหาสุขภาพอื่น อาการไข้มักจะเป็นสิ่งนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
2.13	ภาวะกึ่งของของเสีย (BUN/Cr)	<ul style="list-style-type: none"> - อาการสับสนจากภาวะ BUN / Cr สูง มักค่อยเป็นค่อยไป - BUN / Cr สำหรับผู้สูงอายุ ไม่สามารถบอกประสิทธิภาพการทำงานของไต ถ้าต้องการทราบการทำงานของไต ต้องวัด CCr แทน - BUN / Cr ค้างพบในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต แต่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคไต มีอยู่จำนวนมาก จึงตั้งผลลัพธ์ไว้ไม่สูง ภาวะสับสนเฉียบพลันกับ BUN/Cr จึงแยกจากกันยาก
3.	กลุ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	
3.1	การบาดเจ็บจากการผูกมัด	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันพยายามหลีกเลี่ยง Physical Restrain หรือ เทคนิคการผูกมัดอาจดีขึ้น จึงไม่ควรนำการบาดเจ็บจากการผูกมัดมาเป็นตัวชี้วัด - ส่วนใหญ่จะเกิด Delirium ในผู้ป่วย Chronic มากกว่า ดังนั้นการบาดเจ็บจากการผูกมัดอยู่ในเรื่อง Pain มากกว่า

ตาราง แสดงเหตุผลการตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
3.2	การปลัดตกหกล้ม	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเรื่อง การปลัดตกหกล้มเพียงปัจจัยที่ลดอัตราภาวะเกิดอุบัติเหตุ ความรู้เรื่องดังกล่าวเป็นพื้นฐานส่วนบุคคลที่เกิดจากการสั่งสมความรู้ ความเข้าใจมาเป็นเวลานาน ไม่ควรจะมีค่าสำคัญมากที่สุดในการเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านนี้
3.3	Cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุกคามของชีวิตมากกว่า - คำว่า Cognitive ไม่สื่อถึงความรู้หรือพฤติกรรม เป็นหัวข้อลอย ๆ อาจปรับเป็น สถิติปัญญา การรับรู้ถึงเรื่องใด หรือสิ่งใด
3.4	การดึงอุปกรณ์เครื่องมือที่สอดใส่ในร่างกาย	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะขอข้อคำถามเช่นนี้ เห็นว่าพยาบาลให้ผู้ป่วยกระทำ การวัดจะดูที่ความรู้พยาบาล หรือพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย - ควรจะเป็นหัวข้อที่ระบุกลาง ๆ ถึงลักษณะกลุ่ม / พฤติกรรมสุขภาพ อาจปรับ “การป้องกันการดึง” หรือ “ความรู้ในการป้องกัน”
3.5	การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> - หัวข้อนี้ ต่างกันอย่างไร กับ การป้องกันอันตราย ในหัวข้อ 3.6 - การวัดการป้องกันวัดด้วยอะไร หรือวัดจากการเกิดอุบัติเหตุ

ตาราง แสดงเหตุผลการตอบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
3.6	ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน (อาหาร ยา การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย)	<ul style="list-style-type: none"> - ผลลัพธ์การพยาบาลคือผู้ป่วยมีความรู้ <ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันอันตราย ต่างกัน อย่างไร กับการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุข้อ 3.5 - การออกกำลังกาย ประเมินได้ หรือ ไม่ขณะเกิด Delirium - ในแต่ละข้อที่ตรวจวัด ควรพิจารณาให้ ชัดเจนว่าตัวชี้ผลลัพธ์ คือ สิ่งที่เป็นผล จากการพยาบาลใช่หรือไม่ เป็นสิ่งที่จะ เกิดกับใคร ผู้ป่วย หรือเกิดจากพยาบาล ได้การทำ (การป้องกัน) จึงควรมีการ พิจารณาในด้านนี้ด้วยด้วย - วัดความรู้วัดไม่ได้ แต่ถ้าวัดพฤติกรรม ในการปฏิบัติสามารถวัดได้ - ถ้ายังมีภาวะสับสน คิดว่าข้อนี้คงยากที่ จะทำให้ได้ตรงตามเป้าหมาย และใน ภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัด ถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า
4.	กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มการรับรู้ภาวะสุขภาพให้ความ คิดเห็นข้อ 4 ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีปัญหา เรื่อง Cognitive impairment ดังนั้นการ รับรู้สุขภาพของตนเองจะน้อย หรือรับรู้ ได้ยาก ดังนั้นจะเน้นไปที่ Care giver กับทีมสุขภาพ ที่เข้าไปดูแลผู้ป่วย มากกว่า

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
4.1	การรับรู้อาการเจ็บป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ายังมีภาวะสับสน คิดว่าข้อนี้คงยากที่จะทำให้ได้ตรงตามเป้าหมาย และในภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า - ในช่วงที่สับสนผู้สูงอายุจะไม่รับรู้อาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะสมองฝ่อ การรับรู้ สติ ลดลง ถึงแม้จะหายสับสนแล้ว เนื่องจากมีภาวะ Dementia ร่วมด้วย
4.2	การรับรู้ความสุขสบาย	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ายังมีภาวะสับสน คิดว่าข้อนี้คงยากที่จะทำให้ได้ตรงตามเป้าหมาย และในภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า - ในช่วงที่สับสนผู้สูงอายุจะไม่รับรู้อาการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะสมองฝ่อ การรับรู้ สติ ลดลง ถึงแม้จะหายสับสนแล้ว เนื่องจากมีภาวะ Dementia ร่วมด้วย - สามารถประเมินจาก Pain ก็ได้
4.3	การรับรู้ต่ออาการเจ็บปวด	<ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ความเจ็บปวดในผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึก ลดลง กว่าคนทั่ว ๆ ไป ดังนั้นการประเมินจะทำได้ยาก - การรับรู้ในผู้สูงอายุมีทั้งในแง่เกินความเป็นจริงและน้อยกว่าความเป็นจริง มีการรับรู้คลาดเคลื่อน จึงไม่ควรเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุด

ตาราง แสดงเหตุผลการตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
4.4	การรับรู้สภาวะของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ายังมีภาวะสับสน คิดว่าข้อนี้คงยากที่จะทำให้ได้ตรงตามเป้าหมาย และในภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า - ผู้สูงอายุจะยอมรับ และปรับตัวต่อการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ปกติได้ ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยตามอายุของตนเอง ภาวะสุขภาพ จึงไม่เทียบเท่าวัยต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะยอมรับตนเองได้ - การรับรู้สภาวะของตนเองไม่สัมพันธ์กับ Delirium - การรับรู้สภาวะของตนเองเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย Chronic confusion มากกว่าผู้ป่วย Acute confusion
4.5	ความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ายังมีภาวะสับสน คิดว่าข้อนี้คงยากที่จะทำให้ได้ตรงตามเป้าหมาย และในภาวะเฉียบพลัน ตัวชี้วัดควรเป็นการวัดถึงภาวะคุณภาพของชีวิตมากกว่า - การรับรู้สภาวะของตนเองเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย Chronic confusion มากกว่าผู้ป่วย Acute confusion - ตัวชี้วัดในกลุ่มนี้จะมีความหมายใกล้เคียงกันและการรับรู้ที่ดีจะก่อให้เกิด ความพึงพอใจได้

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
5.	กลุ่มผลลัพธ์ด้านครอบครัว/ผู้ดูแล	
5.1	ความวิตกกังวลของผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ความเครียด ความวิตกกังวล อาจเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ แต่ไม่น่าจะเป็นประเด็นหลัก - ความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ดูแลใส่ใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้ง เป็นสิ่งที่ดี จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น
5.2	ความเครียดของผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ความเครียด อาจมีผลต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ แต่ไม่น่าจะเป็นประเด็นหลัก - ความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ดูแลใส่ใจต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้ง เป็นสิ่งที่ดี จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น
5.3	ความกลัวของผู้ดูแล	-
5.4	ระดับสุขภาวะของผู้ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากการเป็นกรณีดูแลในขณะ Acute phase ดังนั้นผู้ดูแลจะรู้สึกกลัวและมี ความวิตกกังวล ว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้ตลอด จึงสามารถเป็นตัวชี้วัดได้ แต่สุขภาวะของผู้ดูแลเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเรื้อรัง หรือมีความผิดปกติติดตัวอย่างถาวรมากกว่า - คิดว่าไม่ใช่ผลจากการดูแลผู้ป่วย Delirium ซึ่งไม่ใช่ภาวะเรื้อรัง จะโยงสู่ภาวะ Dementia มากกว่า

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
		<ul style="list-style-type: none"> - คิดว่าจะเป็นผลลัพธ์ซึ่งเป็น Priority รongลงมา ซึ่งสามารถวัดภายหลังได้ - ผู้ดูแลในปัจจุบัน บางครั้งไม่ใช่ญาติ แต่เป็น Care giver ที่ถูกฝีกจากสถานบริการต่าง ๆ - ระดับสุขภาวะของผู้ดูแล จะมีผลกระทบมากหากผู้ป่วยอยู่บ้าน แต่ถ้าอยู่โรงพยาบาลจะมีพยาบาล ทำหน้าที่ดูแลอยู่แล้ว ปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญลดลง - เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัว อาจมีได้หลายคน สุขภาวะอาจเป็นของผู้ดูแลคนหนึ่งแต่ในคนอื่น ๆ อาจมีสุขภาวะที่ต่างกัน
5.5	การปรับตัวของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อสภาวะของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - คิดว่าไม่ใช่ผลจากการดูแลผู้ป่วย Delirium ซึ่งไม่ใช่ภาวะเรื้อรัง จะโยงสู่ภาวะ Dementia มากกว่า - ในภาวะวิกฤตผู้ดูแลสำคัญที่สุดน่าจะ เป็นทีมพยาบาล แพทย์ ญาติจะมีความสำคัญ เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปแล้ว
5.6	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว	-
5.7	การรับรู้ของครอบครัวในขณะเกิดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - คิดว่าจะเป็นผลลัพธ์ซึ่งเป็น Priority รongลงมา ซึ่งสามารถวัดภายหลังได้

ตาราง แสดงเหตุการณ์การตบนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ (ต่อ)

ข้อ	กลุ่มและรายการตัวชี้วัดคุณภาพด้าน ผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	เหตุผล
5.8	ความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ของ ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - Outcome นี้เป็นการวัดในขณะที่อยู่ โรงพยาบาล ดังนั้น Outcome ตัวนี้จะ เป็น Outcome ภายหลังจากสับสน เฉียบพลันได้ถูกจัดการไปแล้วบางส่วน - ปัจจุบันครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ทุกคนจะทำงาน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ บางครั้งมีผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลใน ครอบครัว (Caregiver ที่ได้เงินเดือน)
5.9	ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ในภาวะวิกฤตผู้ดูแลสำคัญที่สุดน่าจะ เป็นทีมพยาบาล แพทย์ ญาติ จะสำคัญ เมื่อเวลาผ่านไป
5.10	ผู้ดูแลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิด ขึ้นกับผู้ป่วย	-
5.11	การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซ้ำ	-
5.12	ความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจของญาติ ต่อการดูแล ผู้ป่วย ดูแลตนเอง หรือ จากการพยาบาล ที่ได้รับพยาบาล - ความพึงพอใจต่อการพยาบาล อาจไม่ได้ จากสาเหตุหลายประเด็น ซึ่งไม่ควรเป็น ประเด็นที่ให้ความสำคัญมากที่สุด



ภาคผนวก ฉ

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง แสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ)	ร้อยละ
1	3	7.5
2	9	22.5
3	13	32.5
4	0	0
5	8	20
6	10	25
7	1	2.5
8	24	60
9	1	2.5
10	7	17.5
11	15	37.5
12	2	5
13	4	10
14	8	20
15	4	10
16	3	7.5
17	4	10
18	0	0
19	12	30
20	19	47.5
รวม	147	367.5
ค่าเฉลี่ย	7.35	18.37

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวโนชา สาระสิต เกิดวันอังคารที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2505 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2528 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชระเบียน-สามัคคีพยาบาล ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย