

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี (*Development of Evidence-Based Nursing Practice Guidelines for Patients Receiving Physical Restraints in Male Medical Ward 1, Phra Pokklao Hospital*)

ธีรยา ศิลสังวรณ พย.บ.¹

จันทิมา สมนพรรค พย.บ.¹

ศิริรัตน์ ยาคำ พย.บ.¹

ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ ปร.ด.²

¹ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

พ.ศ. 2569

คำนำ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า” จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาและยกระดับระบบบริการพยาบาลให้มีมาตรฐาน ลดความแปรปรวนในการปฏิบัติ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง สับสน กระสับกระส่าย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด (Physical Restraint)

การผูกมัดเป็นมาตรการจำกัดเสรีภาพที่มีความละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องโดยตรงกับความปลอดภัย สรีรวิทยา จิตสังคม สิทธิมนุษยชน จริยธรรม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากดำเนินการโดยขาดมาตรฐานและการประเมินที่เป็นระบบ อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการดูแล รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นกลไกสำคัญใน “การเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย”

ผลผลิตสำคัญของการวิจัยจึงมิได้จำกัดเพียง “แนวปฏิบัติ” แต่เป็นต้นแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ขยายผล และพัฒนาต่อในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จิตเวช และหน่วยงานวิกฤต ทั้งภายในโรงพยาบาลพระปกเกล้าและบริบทโรงพยาบาลอื่น อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยง ยกระดับคุณภาพบริการ และพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม พ.ศ. 2569

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเชิงพัฒนาฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างราบรื่นและมีคุณภาพทางวิชาการที่เข้มแข็ง เนื่องจากได้รับความร่วมมือ การหนุนเสริมเชิงระบบ และกำลังใจอย่างดียิ่งจากหลากหลายบุคคลและสถาบันทางการแพทย์ คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบพระคุณอย่างสูงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้รับบริการ พัทธกษัตริย์ผู้ป่วย และอนุญาตสนับสนุนเชิงโครงสร้าง งบประมาณ และโอกาสในการดำเนินวงจรวิจัยครั้งนี้ในพื้นที่เป้าหมาย

ขอขอบพระคุณ ดร.ศักดินันท์ หลิมเจริญ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่ปรึกษาโครงการวิจัยขั้นนี้ ที่ได้สละเวลาทุ่มเทตรวจสอบความถูกต้องเชิงระเบียบวิธีวิจัย และการปรับปรุงทิศทางการเขียนสรุปผลงานวิจัยให้มีความลุ่มลึก ทันทสมัย และเป็นมาตรฐานสากล ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และประเมินความเข้มงวดเชิงระเบียบวิธีวิจัยตามมาตรฐาน AGREE II จนทำให้ร่างแนวปฏิบัติมีความเที่ยงตรงและเหมาะสมต่อการนำไปใช้งาน

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบพระคุณด้วยความจริงใจต่อเพื่อนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ทั้ง 16 ท่าน ที่ได้เสียสละเวลา และเข้าร่วมในวงจรอบรมนำแนวปฏิบัติไปทดลองควบคุมดูแลผู้ป่วยด้วยความอดทนและระมัดระวังสูงสุดจนเป็นแบบอย่างที่ดีในการลดภาวะแทรกซ้อน และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและครอบครัวญาติมิตรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อนุมัติลงนาม ขอความยินยอม (Informed Consent) เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยครั้งนี้จนลุล่วงไปอย่างสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า

บทคัดย่อภาษาไทย

บทนำ: การผูกมัดผู้ป่วยเป็นมาตรการจำกัดการเคลื่อนไหวที่มีความละเอียดอ่อนทั้งในด้านความปลอดภัย จริยธรรม และสิทธิของผู้ป่วย อีกทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความแปรปรวนในการปฏิบัติทางคลินิก การพัฒนาแนวปฏิบัติที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความสำคัญต่อการสนับสนุน การตัดสินใจของ พยาบาลและการใช้การผูกมัดอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดโดยอาศัย หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในหน่วยงานทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างการปฏิบัติ การสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ และการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 16 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และผู้ป่วย ชายวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีข้อบ่งชี้ในการผูกมัดและมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับปานกลาง ถึงสูง จำนวน 30 ราย ซึ่งเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แนวปฏิบัติครอบคลุม 6 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired-samples t-test และคำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสมบูรณ์ ($I-CVI = 1.00$) และมีคะแนนการประเมิน คุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II โดยรวมร้อยละ 86.96 ตามเกณฑ์ที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 12.32 ($SD = 1.11$) เป็น 13.84 ($SD = 0.96$) คะแนน (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.53 คะแนน, $t(15) = 4.93$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.13$) และคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นจาก 7.00 ($SD = 0.89$) เป็น 9.13 ($SD = 0.34$) คะแนน (เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.13 คะแนน, $t(15) = 10.54$, $p < .001$) โดยพยาบาล มีอัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 96.88 และมีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.38$, $SD = 0.28$) ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าอัตราการผูกมัดลดลง ร้อยละ 27.8 จาก 17.10 เป็น 12.40 ต่อ 1,000 วันนอน และอัตราภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ลดลงร้อยละ 66.7 จาก 2.86 เป็น 0.95 ต่อ 1,000 วันนอน โดยไม่พบการเพิ่มขึ้นของการดิ่งท่อช่วยหายใจ โดยไม่ได้ตั้งใจหรือการพลัดตกหกล้มรุนแรง

สรุป: แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพเชิงกระบวนการและมีความเหมาะสม ใน การนำไปใช้ในบริบททางคลินิก การนำแนวปฏิบัติไปใช้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะ

การปฏิบัติงานของพยาบาล ตลอดจนการลดลงของอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องโดยไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางคลินิกเพิ่มเติม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล; การเสียชีวิตผู้ป่วย; ความปลอดภัยของผู้ป่วย; การปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

Background: Physical restraint is a restrictive intervention with profound implications for patient safety, ethical practice, and patient autonomy. Its application is frequently associated with adverse clinical events and substantial variability in nursing practice. Evidence-based clinical practice guidelines are essential tools to standardize clinical decision-making and promote the appropriate, safe use of restraints.

Objective: To develop and evaluate the implementation of an evidence-based nursing practice guideline for adult patients undergoing physical restraint in a clinical setting.

Methods: This Research and Development (R&D) study was conducted from September 2025 to March 2026 across four key phases: situation and practice-gap analysis; identification and synthesis of empirical evidence; guideline development and quality appraisal; and clinical implementation and evaluation. Participants included a purposive sample of 16 registered nurses and 30 adult male patients (aged 18 years and older) with clinical indications for physical restraint and a moderate-to-high fall risk, selected using simple random sampling. The developed guideline spanned six clinical domains, was validated for content validity by 4 content experts, and was appraised for quality using the AGREE II instrument by 5 independent experts. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-samples t-tests, and Cohen's d to estimate effect sizes.

Results: The clinical guideline demonstrated perfect content validity (I-CVI = 1.00) and achieved an overall AGREE II quality appraisal score of 86.96% based on the criteria established in this study. Following guideline implementation, nurses' mean knowledge scores significantly increased from 12.32 (SD = 1.11) to 13.84 (SD = 0.96) (mean increase = 1.53, $t(15) = 4.93$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.13$), and mean skill scores significantly improved from 7.00 (SD = 0.89) to 9.13 (SD = 0.34) (mean increase = 2.13, $t(15) = 10.54$, $p < .001$). The nurses' overall adherence rate to the guideline was 96.88%, and satisfaction was high ($M = 4.38$, $SD = 0.28$). At the clinical level, the restraint rate decreased by 27.8% (from 17.10 to 12.40 per 1,000 patient-days) and restraint-

related complications decreased by 66.7% (from 2.86 to 0.95 per 1,000 patient-days), with no observed increase in unplanned extubations or major falls.

Conclusions: The evidence-based nursing practice guideline exhibited high methodological quality and clinical feasibility. Its implementation was associated with significant enhancements in nurses' knowledge and clinical skills, alongside reductions in physical restraint utilization and related complications, without compromising patient safety.

Keywords: Nursing Practice Guidelines; Physical Restraints; Patient Safety; Evidence-Based Practice

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	6
1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	6
1.5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่.....	7
1.5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา.....	7
1.5.5 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา	8
1.6 คำนิยามศัพท์เฉพาะ	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
2.1 แนวคิด นิยาม และการเปลี่ยนผ่านกระบวนการทัศนเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย (Physical Restraint)..	12
2.2 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดผู้ป่วย.....	14

2.2.1 มิติทางกายภาพและพยาธิสภาพ.....	14
2.2.2 มิติทางจิตใจและพฤติกรรม.....	15
2.2.3 มิติทางจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ	15
2.3 หลักการเข้ามาตรรกะทางเลือกและการจำกัดสิทธิที่น้อยที่สุด (Least Restrictive Alternatives)...	15
2.3.1 การประเมินและกำจัดการแทรกแซงที่จำเป็น.....	16
2.3.2 ชุดมาตรการทางเลือกที่ไม่ใช้การผูกมัด (Alternative Care Bundle)	16
2.4 บทบาทของพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพสากลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างปลอดภัย .	17
2.4.1 กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย	17
2.4.2 การคุ้มครองสิทธิ ความยินยอม และระบบบันทึกทางการแพทย์.....	18
2.4.3 เกณฑ์และแนวทางการยุติการผูกมัดอย่างรวดเร็ว (Early Discontinuation).....	18
2.5 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ..	18
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research).....	19
2.6.1 วรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศ	20
2.6.2 วรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทย	20
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย (Research Conceptual Framework)	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	23
3.2 สถานที่ดำเนินการวิจัย (Research Setting).....	24
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	25
3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ	25
3.3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย	25
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments).....	27

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Implementation Tool)	27
3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Tools)	27
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (Validity and Reliability)	29
3.5.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)	29
3.5.2 การประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของแนวปฏิบัติ (AGREE II)	29
3.5.3 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)	29
3.6 การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)	30
3.7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Procedure and Data Collection)	31
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (Data Analysis).....	32
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	33
4.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในปัจจุบัน (Phase 1)	33
4.2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดบนรากฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Phase 2-3)	65
4.3 ผลการประเมินคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน AGREE II (Phase 3).....	66
4.4 ลักษณะข้อมูลทั่วไปประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (Phase 4).....	67
4.5 ผลสัมฤทธิ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ	70
4.6 ผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ.	75
4.7 สรุปสาระสำคัญของข้อค้นพบในบทที่ 4	76

บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	78
5.1 สรุปผลการวิจัย	78
5.2 อภิปรายผล.....	80
5.2.1 คุณภาพเชิงกระบวนการและความเป็นไปได้ในการใช้งานของแนวปฏิบัติ	80
5.2.2 อิทธิพลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อความรู้และทักษะสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ81	
5.2.3 ประสิทธิภาพทางคลินิกเชิงระบบ (Patient Safety & Least Restraint)	82
5.2.4 มิติการยกระดับมาตรฐานจริยธรรม สิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยร่วมกับความปลอดภัย83	
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	83
5.4 ข้อเสนอแนะ	84
5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางคลินิก	84
5.4.2 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายและการบริหารทางการพยาบาล	85
5.4.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต	86
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก.....	
ภาคผนวก ก แบบประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกมัด (Restraint Assessment Form).....	94
ภาคผนวก ข แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale: MFS)	97
ภาคผนวก ค แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนและความสมบูรณ์ระหว่างผูกมัดผู้ป่วย	98
ภาคผนวก ด แบบประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพ และแบบวัดความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ	99
ภาคผนวก จ ผลการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามเกณฑ์	

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯตามเกณฑ์ AGREE II	76
ตารางที่ 2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ	77
ตารางที่ 3	ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย	79
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	81
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ	82
ตารางที่ 6	ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจำแนกรอบด้าน	83
ตารางที่ 7	สรุปคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ	84
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลังทำแนวปฏิบัติ	86

สารบัญภาพ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลปัจจุบันเผชิญความท้าทายเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย ประกอบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความซับซ้อนของโรคและมีโรคร่วมหลายระบบมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านการรับรู้และพฤติกรรม เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และความบกพร่องทางการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจแสดงพฤติกรรมกระสับกระส่าย หุนหันพลันแล่น หรือไม่ร่วมมือกับการรักษา ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะการดึงท่อช่วยหายใจ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ และอุปกรณ์ให้สารน้ำ รวมถึงการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บอื่น ๆ (Alsomali et al., 2024; Kavumpurath et al., 2024)

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การผูกมัดทางกายภาพ (physical restraints) ยังคงถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตัดสินใจใช้การผูกมัดมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งลักษณะและความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ความรู้และทัศนคติของพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนบริบทของหน่วยงานและภาระงานของบุคลากร ดังนั้น การใช้การผูกมัดจึงมิได้เป็นเพียงการตัดสินใจทางคลินิกในระดับบุคคล แต่เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลและมาตรฐานการปฏิบัติขององค์กรด้วย (Alsomali et al., 2024; Kim & Yang, 2024)

แม้ว่าการผูกมัดจะมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายและควบคุมพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง แต่หลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่า การผูกมัดไม่ได้เป็นมาตรการที่สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Szeetal. (2012) พบว่าหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ physical restraints เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะยาวยังไม่สนับสนุนการใช้การผูกมัดเป็นมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อย่างเป็นกิจวัตร ดังนั้น การตัดสินใจใช้การผูกมัดจึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบและอยู่บนพื้นฐานของการประเมินความจำเป็นเฉพาะราย มากกว่าการใช้เป็นมาตรการป้องกันทั่วไป

นอกจากนี้ การผูกมัดสามารถก่อให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้เป็นเวลานานหรือมีการติดตามประเมินไม่เพียงพอ ภาวะแทรกซ้อนที่รายงาน ได้แก่ การบาดเจ็บของผิวหนังและเนื้อเยื่อ การบวม การไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง การจำกัดการเคลื่อนไหว การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเกิดความทุกข์ทรมาน ความกลัว ความรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง และประสบการณ์ด้านลบจากการถูกจำกัดอิสรภาพทางร่างกาย (Kavumpurath et al., 2024; Cohen et al., 2024) ดังนั้น การใช้การผูกมัดอย่างไม่เหมาะสมหรือขาดการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ อาจทำให้มาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยกลับกลายเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้

ประเด็นดังกล่าวมีความสำคัญในมิติของจริยธรรมวิชาชีพและสิทธิของผู้ป่วย เนื่องจากการผูกมัดเป็นการจำกัดเสรีภาพในการเคลื่อนไหวและความเป็นอิสระของบุคคลโดยตรง หลักฐานเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ได้รับการผูกมัดอาจรับรู้ถึงการถูกจำกัดอิสระและศักดิ์ศรี รวมทั้งมีประสบการณ์เชิงลบต่อการดูแลและความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ (Jang et al., 2024) ด้วยเหตุนี้ การใช้การผูกมัดจึงควรอยู่ภายใต้หลักการใช้มาตรการที่จำกัดสิทธิของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด (least restrictive intervention) และควรพิจารณาทางเลือกอื่นก่อนการผูกมัดเมื่อสถานการณ์ทางคลินิกเอื้ออำนวย American Nurses Association (ANA) ให้ความสำคัญกับการลดการใช้การผูกมัดและการเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยคำนึงถึงทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและหน้าที่ทางจริยธรรมของพยาบาล (American Nurses Association, 2012, 2020)

ในระดับระบบบริการสุขภาพ การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินสาเหตุของพฤติกรรม การค้นหาปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ และการใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด เช่น การประเมินและจัดการความปวด การส่งเสริมการนอนหลับและความสุขสบาย การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้า การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การดูแลโดยบุคลากรหรือญาติในกรณีที่เหมาะสม และการประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิทธิของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีศักดิ์ศรี และเคารพสิทธิของบุคคล (World Health Organization, 2024)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีองค์ความรู้และข้อเสนอแนะจากหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดอย่างเหมาะสม แต่การนำหลักฐานไปสู่การปฏิบัติจริงยังคงเป็นความท้าทาย การศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะ ทักษะ ประสิทธิภาพ และบริบทของการปฏิบัติงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ physical restraints (Alsomali et al., 2024; Kim & Yang, 2024) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยวิกฤตยังพบความแปรปรวนของการใช้การผูกมัดระหว่างหน่วยงานและบริบทของการดูแล สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มีมาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ (Zare-Kaseb et al., 2025)

สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เป็นหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีโรคร่วมหลายระบบ และมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยบางรายมีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน การพลัดตกหกล้ม หรือการดิ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ จึงอาจมีความจำเป็นต้องพิจารณาการใช้การผูกยึดในบางสถานการณ์

จากการประเมินสถานการณ์ของหน่วยงานก่อนดำเนินการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผูกยึดเฉลี่ยประมาณ 18 รายต่อเดือน คิดเป็นอัตรา 17.10 ต่อ 1,000 วันนอน และพบภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผูกยึด เช่น รอยแดง ผิวหนังถลอก หรือการบวมซ้ำของอวัยวะส่วนปลายเฉลี่ยประมาณ 3 รายต่อเดือน คิดเป็นอัตรา 2.86 ต่อ 1,000 วันนอน นอกจากนี้ จากการสำรวจพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 81.3 ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดมาก่อน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติงานจริงของหน่วยงาน และชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจและมาตรฐานการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหอผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ดังกล่าวร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ พบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ประการแรก การผูกยึดไม่ควรถูกนำมาใช้เป็นมาตรการป้องกันอันตรายโดยอัตโนมัติ แต่ต้องพิจารณาความจำเป็นเฉพาะรายและมาตรการทางเลือกที่มีข้อจำกัดสิทธิน้อยกว่า ประการที่สอง การผูกยึดที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและประสบการณ์เชิงลบของผู้ป่วย และประการที่สาม ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลอาจมีความแปรปรวนเมื่อขาดแนวทางและเครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลที่เชื่อมโยงหลักฐานทางวิชาการเข้ากับบริบทการปฏิบัติงานจริงจึงมีความสำคัญต่อการลดความแปรปรวนของการปฏิบัติและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนา **แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice Guideline: EBNPG)** สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยบูรณาการกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับกระบวนการสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ การพัฒนาและตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติตามกรอบ **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)** (The AGREE Collaboration, 2009) เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงาน

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมุ่งสนับสนุนให้พยาบาลสามารถประเมินความจำเป็นในการใช้การผูกยึดอย่างเป็นระบบ พิจารณามาตรการทางเลือกที่มีข้อจำกัดน้อยกว่า ดำเนินการผูกยึดอย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อมีความจำเป็น ตลอดจนติดตาม ประเมินซ้ำ และยุติการผูกยึดโดยเร็วที่สุดเมื่อไม่จำเป็นแล้ว ผลที่คาดว่าจะได้รับ

คือการยกระดับความรู้และทักษะของพยาบาล ลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ ลดการใช้การผูกมัดที่ไม่จำเป็น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด อันจะนำไปสู่การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืน

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ในทางคลินิก ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในการปรับปรุงผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย พิกัดสิทธิ และยกระดับคุณภาพบริการการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ข้อจำกัดเชิงระบบ และช่องว่างในการปฏิบัติงานพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice Guideline) ที่มีความสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของหน่วยงาน
3. เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐานสากล AGREE II โดยคณะผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดของพยาบาลประจำการ ระหว่างก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้จริง
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดของพยาบาลประจำการ ระหว่างก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้จริง
6. เพื่อศึกษาอัตราความสม่ำเสมอและความยึดมั่นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (Adherence/Compliance Rate) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ

7. เพื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการใช้การผูกมัดผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด และอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่างช่วงก่อนและหลัง การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้จริง

1.3 คำถามการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยกำหนดคำถามการวิจัยเพื่อนำไปสู่การหาคำตอบทางคลินิก ดังนี้:

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ มีคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยและเนื้อหาอยู่ในระดับใดตามเกณฑ์มาตรฐานสากล AGREE II
2. ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพประจำการมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการเฝ้าระวังความปลอดภัยผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติหรือไม่
3. ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพประจำการมีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะและความถูกต้องในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติหรือไม่
4. พยาบาลวิชาชีพประจำการมีความยึดมั่นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Adherence Rate) และพึงพอใจต่อโครงสร้าง เนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในระดับใด
5. ภายหลังจากสถาปนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราวันนอนเฉลี่ยที่ถูกผูกมัดต่อ 1,000 วันนอน และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเฉลี่ยต่อ 1,000 วันนอน มีอัตราที่ปรับลดลงอย่างสอดคล้องกับมาตรฐานความปลอดภัยทางคลินิกโดยไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายเชิงระบบเพิ่มขึ้นหรือไม่

1.4 สมมติฐานการวิจัย

คณะผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยบนรากฐานของข้อแนะนำเชิงสถิติและวรรณกรรม ดังนี้:

1. ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด พยาบาลวิชาชีพมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการพิทักษ์ความปลอดภัยผู้ป่วยผูกมัด สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด พยาบาลวิชาชีพมีระดับคะแนนเฉลี่ย ทักษะความถูกต้องในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผูกมัด สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

3. ภายหลังการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ตัวชี้วัดอัตราการใช้การผูกมัด ผู้ป่วย (ต่อ 1,000 วันนอน) และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัด (ต่อ 1,000 วันนอน) ใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีอัตราที่ปรับลดลงอย่างนัยสำคัญเชิงคลินิกโดยคงไว้ซึ่ง มาตรฐานความปลอดภัยขั้นวิกฤต

1.5 ขอบเขตการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด (Evidence-Based Nursing Practice Guideline: EBNPG) โดยมีโครงสร้างขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล ที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินข้อบ่งชี้และสถานะผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกมัดเชิงรับและเชิงรุกร่วมกับ แนวคิด Predictive Risk Assessment (2) การเฝ้าระวังและการติดตามสถานะผิวหนัง ปลายประสาท และการไหลเวียนเลือดส่วนปลายขณะผูกมัดอย่างต่อเนื่อง (3) การใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัดและการขอความ ยินยอมโดยอาศัยหลัก Shared Decision Making และความร่วมมือกับญาติ (4) มาตรฐานและคุณภาพของ การบันทึกทางการพยาบาลเชิงระบบผ่านระบบ Restraint Flow Sheet (5) การพิทักษ์สิทธิ เสรีภาพ ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และการปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ และ (6) การประเมินซ้ำเพื่อลดระดับหรือยุติการผูกมัด โดยเร็วที่สุดตามเกณฑ์ความปลอดภัย

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ดังนี้:

1. กลุ่มบุคลากรพยาบาล: พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การ คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปฏิบัติงานประจำในหน่วยงาน มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มผู้ป่วย: ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (จำแนกตามวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ) ซึ่งเข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในช่วงเวลาดำเนินโครงการวิจัย ได้รับ

การประเมินว่ามีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่จำเป็นต้องได้รับการผูกมัดทางกายภาพเพื่อความปลอดภัย และประเมินแล้ว มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับปานกลางถึงสูงตามเกณฑ์ Morse Fall Scale (คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และผ่านกระบวนการพิทักษ์สิทธิและได้รับ Informed Consent

1.5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยดำเนินการภายในพื้นที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมระดับตติยภูมิ ขนาด 30 เตียง ที่รองรับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเพศชายที่มีโรคทางอายุรกรรมที่เจ็บป่วยรุนแรง เฉียบพลัน และมีความซับซ้อนของโรคสูง

1.5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนา เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ครอบคลุมวงจรการวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาร่างและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ

การจำกัดเสรีภาพทางร่างกายในการขยับเขยื้อน เคลื่อนไหวอย่างอิสระ หรือจำกัดมิให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง อวัยวะและสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่บนร่างกายของตนเองได้ โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถถอดถอนหรือปลด อุปกรณ์เชิงกลนั้นออกได้ด้วยแรงหรือพลังกำลังของตนเอง เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาความปลอดภัยทาง คลินิกของผู้ป่วยและบุคลากร

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Patients at Risk for Accidental Injury) หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วย เฉียบพลันหรือเจ็บป่วยซับซ้อน ปรากฏระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย สับสน เฉียบพลัน (Delirium) สับสนจากโรคสมองเสื่อม หรือถอนสุราเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลให้ขาดสมรรถนะใน การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่ยอมร่วมมือในการรักษา มีความไวและพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการดิ่งท่อช่วย หายใจ อุปกรณ์และสายระบายต่างๆ หลุดโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือพยายามลงเตียง/ปิ่นเตียงอันเพิ่มโอกาสเกิด อันตรายและตกเตียงร้ายแรง

อัตราการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (Guideline Adherence Rate / Compliance) หมายถึง ดัชนีชี้วัดสัดส่วนและพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยผูกยึดไปใช้จริง ในหน่วยงาน ซึ่งประเมินผ่านแบบสังเกตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (Adherence Checklist) ครอบคลุมการปฏิบัติที่ ถูกต้องในขั้นตอนการคัดกรองและการเฝ้าระวังทุก 2 ชั่วโมง รวมถึงการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนตาม ข้อกำหนด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด (Physical Restraint-Related Complications) หมายถึง ความผิดปกติหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทางพยาธิสภาพและร่างกายของผู้ป่วยซึ่งอุบัติขึ้นอันเป็นผล สืบเนื่องโดยตรงจากการใช้อุปกรณ์ผูกมัดร่างกาย ได้แก่ การเกิดรอยกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังถลอก แผลฉีก ขาด บวมซ้ำ แผลกดทับเฉียบพลันจากการกดทับของสายรัด (Restraint-related Pressure Injury) ตลอดจน ภาวะปลายมือปลายเท้าบวมหรือขาดเลือดชั่วคราวจากการผูกมัดแน่น และความทุกข์ระทมใจทางจิตใจรุนแรงที่ ตรวจวัดตามแบบฟอร์มการเฝ้าระวังของหน่วยงาน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติและองค์กร (Organization & Policy)

โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับแนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดที่มีความสมบูรณ์เชิงวิชาการ ถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีมาตรฐานสม่ำเสมอ และสามารถใช้เป็นโมเดลต้นแบบทางคลินิก (Clinical Practice Model) เพื่อขยายผลพัฒนาเชิงระบบในการลดและควบคุมอัตราการผูกมัดอย่างปลอดภัยในหน่วยงานและตึกผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาล

ด้านการพัฒนาบุคลากรและการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice & Staff)

พยาบาลวิชาชีพประจำตึกมีกรอบแนวทางและเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ (Clinical Decision Support Tool) ที่ชัดเจนและเป็นเอกภาพ ช่วยเพิ่มระดับความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในสมรรถนะการดูแล และปลูกฝังวัฒนธรรมการปฏิบัติการพยาบาลอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice Culture) ที่หนุนเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย

ด้านผลลัพธ์และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Outcomes & Safety)

ผู้ป่วยอายุรกรรมได้รับการปกป้องสิทธิ์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย ได้มาตรฐานสากลสูงสุด ปรับลดอัตราวันนอนที่ถูกผูกมัดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน รอยบาดเจ็บ และแผลกดทับที่ป้องกันได้ (Preventable Harm) ได้อย่างมีประสิทธิภาพอันส่งเสริมเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติ

ด้านวิชาการและการจัดการความรู้ (Academic & Knowledge Management)

ได้รับองค์ความรู้เชิงระเบียบวิธีและข้อมูลเชิงตัวเลขพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ปัญหา และนวัตกรรมทางการแพทย์ผู้ป่วยผูกมัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและเป็นสารสนเทศสำหรับการงานวิจัย ตลอดจนการพัฒนาจัดการความรู้ (Knowledge Management) ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้าในอนาคต

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Guideline Development) ร่วมกับระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) และบูรณาการแนวทางมาตรฐานระดับสากลของ National Health

and Medical Research Council (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 10 ขั้นตอนในการพัฒนาร่าง และประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยนำมาจัดระบบความสัมพันธ์เชิงตรรกะในลักษณะของแบบจำลองเชิงระบบ (Systems Model: Input-Process-Outcome) เพื่ออธิบายเชื่อมโยงระหว่างมิติปัจจัยนำเข้า กระบวนการดูแลทางคลินิกพยาบาลเชิงประจักษ์ และผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า (INPUT) ประกอบด้วยองค์ประกอบฐานทรัพยากรวิชาการและบริบทองค์กร ได้แก่ (1) ข้อมูลปัญหา ช่องว่างการปฏิบัติ และสถิติดั้งเดิมของตึกอายุรกรรมชาย 1 (2) หลักฐานเชิงประจักษ์สากล และเอกสารแนวทางระดับสากล (NICE, ANA, WHO) (3) ความคิดเห็น ค่านิยม ของทีมพยาบาลวิชาชีพ ญาติผู้ป่วย และ (4) ความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI = 1.00) และกระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์ AGREE II (เฉลี่ยร้อยละ 86.96)

กระบวนการ (PROCESS) ดำเนินวงจรเชิงระบบในการแปลงสภาพฐานข้อมูลและหลักฐานสู่การดูแลเตียงคนไข้ ได้แก่ (1) การประเมินคัดกรองสัญญาณความจำเป็นและระดับความรู้สึกตัว (RASS, Morse Fall, CAM-ICU) (2) การเลือกใช้ชุดมาตรการทางเลือกบูรณาการที่ไม่ใช้เครื่องผูกมัดร่างกาย (Alternative Care Bundle) (3) การเลือกและใช้อุปกรณ์พยาบาลผูกยึดที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน (4) การตรวจและกำกับเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างมีทิศทางทุก 2 ชั่วโมง (Skin, Perfusion, Neuro) (5) การปลดเปลื้องเครื่องผูกยึดเชิงรุกเพื่อลดระยะเวลาผูกยึด และ (6) ระบบรายงานติดตามทางคลินิกและการนิเทศงาน (Clinical Supervision/Audit and Feedback)

ผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์ (OUTCOME) ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นวงจรปิด (Feedback loops) ประกอบด้วย (1) ผลสัมฤทธิ์ระยะสั้น: ได้เล่มแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานและความพึงพอใจของบุคลากรสูง ($M = 4.38$) (2) ผลสัมฤทธิ์ระยะกลาง: พยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.84 คะแนน ($Cohen's d = 1.13$) และมีระดับทักษะปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 9.13 คะแนน และ (3) ผลสัมฤทธิ์ระยะยาว: ตัวชี้วัดอัตราการนอนที่ผู้ป่วยถูกผูกยึดลดลงร้อยละ 27.8 (เหลือ 12.40 ต่อ 1,000 วันนอน) และอัตราการแพร่กระจายจากการผูกยึดปรับลดลงสูงถึงร้อยละ 66.7 (เหลือ 0.95 ต่อ 1,000 วันนอน) โดยไม่มีอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงเพิ่มเติม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเชิงพัฒนาเรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า" คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้เป็นฐานคิด โครงสร้างเชิงทฤษฎี และแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะทางคลินิก (Clinical recommendations) ที่มีความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาล โดยได้จำแนกโครงสร้างของเนื้อหาออกเป็นหัวข้อหลักดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิด นิยาม และการเปลี่ยนผ่านกระบวนการทัศนเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย (Physical Restraint)

2.2 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดผู้ป่วยในมิติพยาธิสรีรวิทยา จิตสังคม และจริยธรรมวิชาชีพ

2.3 หลักการใช้มาตรการทางเลือกและการจำกัดสิทธิน้อยที่สุด (Least Restrictive Alternatives & Care Bundle)

2.4 บทบาทของพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพสากลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างปลอดภัย

2.5 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice Guideline Development)

2.6 สังเคราะห์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย (Research Conceptual Framework)

2.1 แนวคิด นิยาม และการเปลี่ยนผ่านกระบวนการทัศนเกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย (Physical Restraint)

การผูกมัดผู้ป่วย (Physical Restraint) เป็นมาตรการทางคลินิกที่นำมาใช้ในสถานพยาบาลทั่วโลกเพื่อเผชิญเหตุและป้องกันอันตรายในสถานการณ์วิกฤตที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจำกัดเสรีภาพในการ

เคลื่อนไหวของร่างกายผู้ป่วย หรือป้องกันไม่ให้อุปกรณ์นั้นออกได้ด้วยตนเอง (Bleijlevens et al., 2016) การผูกยึดร่างกายมักถูกนำมาใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) หรือแสดงพฤติกรรมกระสับกระส่ายอย่างรุนแรง (Agitation) ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยทางคลินิก เช่น พยายามดึงรังท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous catheter) หรือสายระบายและอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ (Bleijlevens et al., 2016; Kim & Yang, 2024)

ในอดีต กระบวนทัศน์ดั้งเดิมของการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสับสนหรือกระสับกระส่ายมักมุ่งเน้นที่ "มุมมองการควบคุมพฤติกรรม" (Control-oriented approach) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มักมองว่าการผูกยึดเป็นมาตรการเชิงรับที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเป็นวิธีปฏิบัติประจำ (Routine practice) เพื่อค้ำประกันความปลอดภัยสูงสุดเฉพาะหน้าของผู้ป่วย (Alsomali et al., 2024; Dwairej & Dwairej, 2025) อย่างไรก็ตาม การสะสมหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกและพยาธิวิทยาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้สั่นคลอนแนวคิดดังกล่าวอย่างรุนแรง และนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญของระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ไปสู่ "แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์" (Person-centered care) และการสร้างระบบความปลอดภัยเชิงรุกที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Patient safety approach) ซึ่งกำหนดร่วมกันว่าการผูกยึดร่างกายจะต้องได้รับการพิจารณาเป็นเพียง "ทางเลือกสุดท้าย" (Last resort intervention) เท่านั้น (Duffy et al., 2024; Pereira et al., 2024)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด มิได้จำกัดอยู่เพียงทักษะทางกายภาพของการผูกมัดสายรัด แต่เป็นกระบวนการวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกที่มีความซับซ้อนลึกซึ้ง (Complex clinical decision-making) ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงจากการรับรู้ ความรู้ เจตคติ และฐานคติความเชื่อของตัวผู้ปฏิบัติงานเอง (Alsomali et al., 2024; Kim & Yang, 2024) พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทเป็นแกนหลักเชิงระบบ (Primary clinical gatekeeper) ในการคัดกรองสัญญาณเตือน ประเมินข้อบ่งชี้ความจำเป็นเชิงประจักษ์ คัดเลือกอุปกรณ์ผูกยึดที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย ดำเนินการเฝ้าระวังอย่างระแวดระวังเพื่อตรวจจับภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญที่สุดคือการใช้ดุลยพินิจเพื่อวางแผนยุติการใช้เครื่องผูกยึดโดยเร็วที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยปลอดภัย (Duffy et al., 2024; Kim & Yang, 2024)

นอกจากนี้ ในมิติทางกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ การผูกยึดเป็นหัตถการที่มีความอ่อนไหวสูงมาก เนื่องจากขัดแย้งโดยตรงกับสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพส่วนบุคคลขั้นพื้นฐาน พยาบาลจึงต้องรับบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Patient advocate) โดยการสร้างดุลยภาพที่เหมาะสมที่สุดระหว่างการรักษาความปลอดภัยทางคลินิกตามหลักประโยชน์ของผู้ป่วย (Beneficence) และหลักการไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence) กับ

การแสดงความสามารถต่อเจตจำนงอิสระและศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Autonomy & Human dignity) ซึ่งข้อกำหนดเหล่านี้กำหนดให้พยาบาลต้องหลีกเลี่ยงการผูกมัดเพื่อความสะดวกของบุคลากร (Convenience) และกระทำด้วยความนุ่มนวลโปร่งใสและตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน (Jang et al., 2024; Pereira et al., 2024)

2.2 ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดผู้ป่วย

แม้ว่าเป้าหมายหลักของการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยจะมุ่งเน้นที่ความปลอดภัยทางกายภาพและการพิทักษ์แผนการรักษาพยาบาล ทว่าผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากงานวิจัยจำนวนมากชี้ชัดว่า การผูกมัดผู้ป่วยเป็นเวลานาน เหนี่ยวนำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบเชิงลบรุนแรง (Cascade of elective harms) ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะผลกระทบออกเป็น 3 มิติสำคัญ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติทางจิตใจ และมิติทางจริยธรรมและกฎหมาย วิชาชีพ (Kavumpurath et al., 2024; Pereira et al., 2024; Zare-Kaseb et al., 2025)

2.2.1 มิติทางกายภาพและพยาธิสภาพ (Physical and Physiological Impacts)

ในเชิงพยาธิสรีรวิทยา การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเข้มงวดด้วยเครื่องผูกมัดส่งผลกระทบเชิงลบโดยตรงต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้:

1. การเกิดแผลกดทับและการบาดเจ็บของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (Skin and Tissue Injuries) : แรงรัดและการเสียดสีอย่างต่อเนื่องจากสายผูกมัดทำให้ผิวหนังถลอก เกิดรอยฟกช้ำ และรอยแดง ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นแผลกดทับ (Pressure injuries) ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีชั้นผิวหนังเปราะบาง และขาดความยืดหยุ่น (Kavumpurath et al., 2024)
2. ความบกพร่องของระบบไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย (Peripheral Perfusion Impairment): การรัดที่แน่นหนาเกินไปรบกวนทางเดินของเส้นเลือดและน้ำเหลืองส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดอาการบวมส่วนปลาย (Peripheral edema) อาการชา ปวด และในกรณีที่ร้ายแรงอาจเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดเลือดเฉียบพลัน
3. ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ (Respiratory Complications): การผูกมัดบริเวณหน้าอกหรือลำตัวจำกัดการขยายตัวของทรวงอก ส่งผลต่อประสิทธิภาพการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการคั่งของเสมหะ ปอดแฟบ (Atelectasis) และการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia)

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT): การถูกจำกัดบนเตียงนอนโดยปราศจากการเคลื่อนไหวกล่อมเนื้อส่วนขาส่งผลให้เลือดดำไหลเวียนช้าลงและเกิดการจับตัวของลิ่มเลือด ซึ่งหากลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดปอด (Pulmonary embolism) อาจส่งผลอันตรายคุกคามถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ (Kavumpurath et al., 2024; Zare-Kaseb et al., 2025)

2.2.2 มิติทางจิตใจและพฤติกรรม (Psychological and Behavioral Impacts)

การผูกมัดทางกายสร้างความบอบช้ำทางจิตใจ (Psychological trauma) และส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบประสาทอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติหรือกึ่งสับสน ผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดมักรายงานประสบการณ์เชิงลบอย่างรุนแรง เช่น ความรู้สึกกลัว ความโกรธ ความทุกข์ระทม ความสิ้นหวัง และการรับรู้ถึงการสูญเสียอำนาจการควบคุมตนเองและการละเมิดศักดิ์ศรี (Kim & Yang, 2024; Pereira et al., 2024) ในทางพยาธิสภาพทางสมอง ความเครียดเฉียบพลันจากการถูกจำกัดเสรีภาพและการนอนหลับที่ถูกรบกวนเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาเคมีในสมองให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ที่รุนแรงและยืดเยื้อขึ้น นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหรือตื่นตระหนกต่อสัมผัสกับเครื่องผูกมัดที่หนักหน่วงกว่าเดิม (Kavumpurath et al., 2024) ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวหลังสิ้นสุดการรักษาพยาบาล เช่น การเกิดกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตใจหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress symptoms: PTSS) และภาวะซึมเศร้า (Kim & Yang, 2024; Pereira et al., 2024)

2.2.3 มิติทางจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ (Ethical and Legal Impacts)

ในแง่จริยศาสตร์วิชาชีพ การตัดสินใจใช้การผูกมัดก่อให้เกิดความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญแรงกดดันระหว่างการปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายทางคลินิก (Beneficence) กับการเคารพสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วย (Respect for autonomy) ความขัดแย้งที่หน้างานเตียงผู้ป่วยนี้หากขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จะนำไปสู่การเกิด "ภาวะความทุกข์ใจเชิงจริยธรรม" (Moral distress) ในพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้บุคลากรเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ สูญเสียความพึงพอใจและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และเหนียวแน่นในวิชาชีพ ขณะเดียวกัน ในมิติทางกฎหมาย การผูกมัดผู้ป่วยโดยปราศจากข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่แน่นอน ขาดระบบรายงานที่ครบถ้วน และไม่ผ่านการขอความยินยอมที่เหมาะสม ถือเป็นความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องฐานละเมิดสิทธิเสรีภาพและกักขังหน่วงเหนี่ยวผู้ป่วยโดยมิชอบด้วยกฎหมาย (Jang et al., 2024; Pereira et al., 2024)

2.3 หลักการใช้มาตรการที่จำกัดน้อยที่สุด (Least Restrictive Alternatives)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการและแนวปฏิบัติมาตรฐานระดับสากล ยุทธศาสตร์สำคัญในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายสับสนหรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือการยึดมั่นในหลักการ "การใช้มาตรการที่จำกัดเสรีภาพน้อยที่สุด" (Least restrictive alternatives) และมองการผูกมัดทางกายภาพเป็นมาตรการทางเลือกสุดท้าย (Last resort principle) ภายหลังจากการดำเนินมาตรการทางเลือกอื่น ๆ แล้วไม่ได้ผล (Alsomali et al., 2024; Pereira et al., 2024) โดยหัวใจของยุทธศาสตร์การพยาบาลเพื่อลดการผูกมัดนี้ ตั้งอยู่บนองค์ประกอบ 2 ด้านหลัก

2.3.1 การประเมินและกำจัดสาเหตุรากเหง้าเชิงรุก (Proactive Cause Assessment)

พยาบาลวิชาชีพต้องตระหนักว่า พฤติกรรมกระสับกระส่ายหรือสับสนของผู้ป่วยมักเป็นเพียงการแสดงออก (Symptom) ของความไม่สบายทางกายภาพหรือความผิดปกติทางสรีรวิทยาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น ก่อนพิจารณาผูกมัด พยาบาลต้องประเมินและแก้ไขสาเหตุที่ต้นเหตุเชิงรุก ได้แก่ การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ (Pain management) การตรวจสอบและแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) การตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) การแก้ไขภาวะขาดน้ำ หรือความต้องการขับถ่ายที่อื่นไว้ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการกระสับกระส่ายเฉียบพลันจากการขาดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Withdrawal syndrome) และการทบทวนเพื่อถอยยาที่มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาท (Kavumpurath et al., 2024; Sze et al., 2012)

2.3.2 ชุดมาตรการทางเลือกที่ไม่ใช้การผูกมัด (Alternative Care Bundle)

หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการประยุกต์ใช้ชุดมาตรการทางเลือกแบบบูรณาการ (Care bundle approach) ที่จำกัดเสรีภาพผู้ป่วยน้อยที่สุด เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางจิตประสาทและควบคุมพฤติกรรมอย่างปลอดภัย ประกอบด้วย:

1. การกระตุ้นการรับรู้วัน เวลา และสถานที่อย่างสม่ำเสมอ (Cognitive Reorientation): การพูดคุยปลอบโยน ให้ข้อมูลซ้ำซ้ำเรื่องวัน เวลา สถานที่ และสาเหตุของการรักษา เพื่อปรับระดับการรับรู้ของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง (Alsomali et al., 2024)
2. การสื่อสารเชิงบำบัดเพื่อลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (Verbal De-escalation): การใช้คำพูดที่นุ่มนวล น้ำเสียงราบเรียบ แสดงความสนใจและเอื้ออาทรเพื่อคลายความตึงเครียดและหวาดกลัวของผู้ป่วย
3. การปรับเปลี่ยนและควบคุมสิ่งแวดล้อมทางคลินิก (Environmental Modification): การจัดห้องพักให้เงียบสงบ ปรับลดแสงสว่างเพื่อป้องกันการถูกรบกวนวงจรการนอนหลับ และการติด visual cues ที่เข้าใจง่าย

4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Involvement): การเปิดโอกาสให้ญาติและคนใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการประโลมใจ ช่วยเฝ้าระวัง และกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือและความมั่นคงทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างสูง (Jang et al., 2024)

5. การใช้เทคโนโลยีความปลอดภัยสนับสนุน (Safety Technology Support): การประยุกต์ใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเมื่อผู้ป่วยขยับตัว เช่น แผ่นเซ็นเซอร์แจ้งเตือนที่เตียงนอน (Bed/chair alarms) หรือกล้องวงจรปิดเฝ้าระวังเพื่อแจ้งเหตุการณ์เสี่ยงได้อย่างทันท่วงที (Kim & Yang, 2024; Pereira et al., 2024)

2.4 บทบาทของพยาบาลและมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดร่างกายตามข้อกำหนดในมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและเกณฑ์ความปลอดภัยสากล กำหนดวงจรปฏิบัติงานที่เป็นระบบและสอดคล้องกับหลัก Patient safety ในทุกกระบวนการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องยึดมั่นในกรอบการดูแล 3 ด้านสำคัญ (JCI, 2022; WHO, 2024; Zare-Kaseb et al., 2025)

2.4.1 กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Safe Nursing Implementation)

ในสถานการณ์คลินิกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และมีความจำเป็นทางคลินิกต้องใช้การผูกยึด พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยทักษะความปลอดภัยสูงสุด ได้แก่:

- การรองผ้าหรือวัสดุกันการเสียดสี (Protective padding) บริเวณตำแหน่งที่ผูกมัด (เช่น ข้อมือ ข้อเท้า) ก่อนติดตั้งอุปกรณ์เพื่อลดแรงกดและเสียดทานต่อชั้นผิวหนัง
- การควบคุมระดับความแน่นของเครื่องผูกยึดที่เหมาะสม โดยมีเกณฑ์มาตรฐานคือ สามารถสอดนิ้วมือของพยาบาลได้อย่างสะดวก 1-2 นิ้วมือ เพื่อป้องกันการกดทับหลอดเลือดและเส้นประสาท
- การเลือกตำแหน่งผูกตรึงสายรัด โดยต้องผูกยึดเข้ากับโครงสร้างหลักของเตียงผู้ป่วยที่อยู่กับที่ (Bed frame) ห้ามผูกตรึงกับราวกันเตียงที่สามารถปรับเลื่อนขึ้นลงได้โดยเด็ดขาด
- การจัดท่าทางผู้ป่วยให้อยู่ในแนวสรีระธรรมชาติและปลอดภัย โดยเฉพาะการปรับหัวเตียงสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อป้องกันการสำลักน้ำหรือเสมหะและเอื้อต่อการขยายตัวของทรวงอก
- การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) สภาพผิวหนัง และการตรวจประเมินระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย (Neurovascular status) ของอวัยวะที่ถูกผูกยึดอย่างเข้มงวดทุก 2 ชั่วโมง โดยการตรวจจับอุณหภูมิผิว สีผิว อาการบวม ชา ปลายมือปลายเท้า และชีพจรส่วนปลาย (Kim & Yang, 2024)

2.4.2 การคุ้มครองสิทธิ ความยินยอม และระบบบันทึกทางการแพทย์

ความสอดคล้องตามมาตรฐานทางกฎหมายวิชาชีพกำหนดให้กระบวนการผูกมัดต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้ พยาบาลมีหน้าที่ต้องทำการอธิบายถึงเหตุผล วัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัย และเป้าหมายการเฝ้าระวังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างละเอียดลออ ตลอดจนการขอรับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (Informed consent) เป็นลายลักษณ์อักษร หรือผ่านกระบวนการประสานงานร่วมกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อออกคำสั่งการรักษาที่จำกัดระยะเวลา (Time-limited medical order) นอกจากนี้ "มาตรฐานและความครอบคลุมของการบันทึกทางการแพทย์" (Documentation completeness) จัดเป็นองค์ประกอบทางกฎหมายวิชาชีพที่สำคัญยิ่ง พยาบาลต้องบรรยายละเอียดลงในเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ได้แก่ ข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์ความเสี่ยง ความล้มเหลวของการทดลองใช้มาตรการทางเลือกอื่น เวลาที่เริ่มต้นหัตถการ ประเภทอุปกรณ์ ผลการประเมินสภาพร่างกายและสกินแคร์ทุก 2 ชั่วโมง รวมถึงเวลาที่ยุติหัตถการและการตอบสนองของผู้ป่วย (Jang et al., 2024; Kim & Yang, 2024)

2.4.3 เกณฑ์และแนวทางการยุติการผูกมัดอย่างรวดเร็ว (Early Discontinuation)

มาตรฐานสากลกำหนดให้พยาบาลต้องประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระยะเวลาการผูกมัดให้สั้นที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยต้องทำการทดลองคลายผ้าผูกมัดที่ละส่วนเพื่อทดสอบความพร้อม (Trial release) และทำการยุติหัตถการ (Discontinue) ในทันทีเมื่อผู้ป่วยหมดข้อบ่งชี้และสอดคล้องกับเกณฑ์ความพร้อมเชิงประจักษ์ ได้แก่ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Orientation restored) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา สามารถปฏิบัติตามคำสั่งพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้เป็นปกติ และปราศจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พยายามดึงสายระบายปัสสาวะหรือป้อนกัม ข้ามเตียงนอน (Duffy et al., 2024; Pereira et al., 2024)

2.5 การพัฒนาแนวปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice and Guideline Development)

การปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice: EBNP) มีรากฐานทฤษฎีมาจากแนวคิดของ Sackett ซึ่งมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์สากลเข้ากับการปฏิบัติงานหน้างานจริง กระบวนการนี้เป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ที่ขับเคลื่อนให้วิชาชีพพยาบาลก้าวพ้นความเคยชินเดิมสู่การบริหารที่มีความน่าเชื่อถือ โดยโครงสร้างของ EBNP ขับเคลื่อนผ่าน 3 มิติแกนหลักประสานสัมพันธ์กัน ได้แก่ (1) หลักฐานเชิงวิจัยที่มีระนาบความน่าเชื่อถือและคุณภาพสูงสุดเท่าที่มีปรากฏ (Best available evidence) (2) ดุลยพินิจและความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพของพยาบาลประจำการหน้าเตียงผู้ป่วย

(Clinical expertise) และ (3) บริบท ค่านิยม ความต้องการเฉพาะบุคคล และสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยและญาติ (Patient values & context) (Alsomali et al., 2024; WHO, 2024)

ในการพัฒนาคู่มือหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPGs) ให้มีความน่าเชื่อถือ และเป็นสากล ระเบียบวิธีวิจัยและมาตรฐานคุณภาพกระบวนการพัฒนา (Methodological quality of guideline development) จะต้องดำเนินการผ่านขั้นตอนที่เป็นวิทยาศาสตร์และตรวจสอบได้อย่างละเอียด โดยในระดับนานาชาติได้กำหนดให้ใช้เครื่องมือมาตรฐานสากล 2 รูปแบบสำคัญ:

ประการแรกคือ กรอบการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและความเข้มแข็งของข้อแนะนำเชิงคลินิก ด้วยระบบ GRADE approach (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการจำแนกและประเมินคุณภาพของวรรณกรรม โดยพิจารณาจากระเบียบวิธีวิจัย ความเสี่ยงของอคติ ความสอดคล้องของข้อมูล และประสิทธิภาพเชิงผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม (Zare-Kaseb et al., 2025) ประการที่สองคือ การตรวจสอบและการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามมาตรฐานเกณฑ์ AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับสูงสุดในการวิพากษ์และรับรองคุณภาพ ของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดย AGREE II ครอบคลุมการประเมิน 6 โดเมนหลัก ได้แก่ (1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) ความครอบคลุมของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ความเข้มงวดรัดกุมของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (4) ความชัดเจนของการเรียบเรียงและนำเสนอ (5) ชัดความสามารถและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้จริง และ (6) ความเป็นอิสระทางบรรณาธิการของคณะผู้จัดทำ (Zare-Kaseb et al., 2025) การประยุกต์ใช้เกณฑ์ AGREE II จึงเป็นการสร้างเครื่องรับประกันทางวิชาการว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจะมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีความเหมาะสมเชิงโครงสร้างระบบบริการ และสามารถเอื้อต่อการขับเคลื่อนผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเสถียรและยั่งยืน (Kim & Yang, 2024; Zare-Kaseb et al., 2025)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research)

จากการทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดผู้ป่วยทั้งในระดับต่างประเทศและในระดับประเทศ พบคลั่งความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการที่สำคัญหลายประการที่ช่วยกำหนดทิศทางการวิจัยในครั้งนี้

2.6.1 วรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศ (International Related Research)

หลักฐานจากฐานข้อมูลสากลสะท้อนประเด็นปัญหาเรื่องการใช้เครื่องผูกยึดในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) และหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปอย่างสอดคล้องกัน โดยพบอัตราความชุก (Prevalence rate) ของการผูกยึดร่างกายอยู่ในระดับที่แตกต่างและแปรผันสูงระหว่างร้อยละ 15 ถึง 75 โดยการศึกษาอภิมาน (Meta-analysis) ล่าสุดระบุว่า การใช้การผูกยึดเป็นเวลานานส่งผลเสียมากกว่าผลดีอย่างชัดเจน โดยมีความเชื่อมโยงเชิงสถิติอย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แผลถลอก บวม น้ำส่วนปลาย ระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น และการกระตุ้นวงจรอุบาทว์ที่ทำให้ภาวะ delirium รุนแรงขึ้น (Duffy et al., 2024; Zare-Kaseb et al., 2025) นอกจากนี้ งานวิจัยของ Dwairej และ Dwairej (2025) เรื่ององค์ความรู้และเจตคติของพยาบาลชี้ชัดว่า การขาดความรู้ความเข้าใจอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลเชิงรับและการจัดการสายผูกยึด เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมผูกยึดที่เกินจำเป็นทางคลินิกและการละเมิดสิทธิผู้ป่วยโดยไม่เจตนา

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงทดลองระดับนานาชาติสนับสนุนตรงกันถึงประสิทธิผลของการนำคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical guidelines) ร่วมกับการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมบุคลากรและการใช้แผนภูมิสนับสนุนการตัดสินใจเชิงทัศนภาพ (Visual decision-making algorithms) มาบังคับใช้เชิงรุก งานวิจัยของ Cao และคณะ (2026) ยืนยันว่าการใช้ "อัลกอริทึมต้นไม้ตัดสินใจ" (Restraint Decision Tree: RDT) ช่วยให้พยาบาลประจำการสามารถคัดกรองความเสี่ยงและเลือกใช้มาตรการทางเลือกอื่นทดแทนได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้อัตราวันนอนเฉลี่ยที่มีการใช้การผูกยึดลดลงอย่างปลอดภัยถึงร้อยละ 30-50 และปรับลดภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพลงได้อย่างเด่นชัด โดยที่อุบัติการณ์ร้ายแรงอย่างการพลัดตกหกล้มหรือการดึงท่อช่วยหายใจอย่างไม่ได้ตั้งใจไม่ได้เพิ่มขึ้นเลย (Cao et al., 2026; Kang et al., 2024)

2.6.2 วรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทย (Domestic Related Research)

สำหรับประเทศไทย งานวิจัยเกี่ยวกับการผูกยึดผู้ป่วยอายุรกรรมและวิกฤตบ่งชี้ทิศทางเชิงสถิติที่ใกล้เคียงกันกับระดับสากล ผลงานวิจัยในประเทศสะท้อนว่า พฤติกรรมการตัดสินใจผูกยึดของพยาบาลประจำการได้รับแรงบีบคั้นจากข้อจำกัดเชิงระบบ โดยเฉพาะภาระงานที่หนาแน่นในเวรบายและเวรตึก ความรู้สึกไม่ปลอดภัยเชิงวิชาชีพ และการขาดคู่มือแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรและเข้าใจง่าย ส่งผลให้การผูกยึดยังคงได้รับการเลือกใช้เป็นมาตรการหลักเชิงรับโดยปริยายเมื่อพบผู้ป่วยสับสนกระสับกระส่าย (Kim & Yang, 2024; Lao et al., 2023) ทว่า หน่วยงานที่มีกระบวนการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) เข้ามาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบนิเทศงานที่ดีและการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถปฏิรูปความแปรปรวนของการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถลดอัตราการผูกยึด

ผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมลงได้อย่างปลอดภัย ยกย่องระดับความรู้และสมรรถนะของบุคลากรในการเฝ้าระวังความปลอดภัย และลดอัตราภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับรายงานสรุปวรรณกรรมเชิงระบบที่สนับสนุนชุดมาตรการทางเลือก และการควบคุมมาตรฐานสกินแคร์เป็นสำคัญ (Lao et al., 2023; Pereira et al., 2024)

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย (Research Conceptual Framework)

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับทฤษฎีการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) และศาสตร์แห่งการนำไปปฏิบัติจริง (Implementation Science) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจน มุ่งเน้นการปฏิรูปคุณภาพและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจัดระเบียบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงระบบออกเป็น 3 เฟส ในลักษณะ Input-Process-Outcome ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (INPUT Phase): ประกอบด้วยฐานทรัพยากรวิชาการและข้อมูลสถานการณ์ทางคลินิก ได้แก่ (1) หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) ข้อเสนอแนะและจุดยืนเชิงนโยบายจากสมาคมวิชาชีพสากล (NICE, JCI, WHO) (3) ข้อมูลสถานการณ์เชิงระบบ ปัญหา ช่องว่างของการปฏิบัติ และความต้องการของบุคลากรพยาบาลหน่วยงาน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า และ (4) ความคิดเห็นและเกณฑ์ฉันทามติของผู้ทรงคุณวุฒิที่ผ่านการประเมินคุณภาพเครื่องมือตามเกณฑ์ AGREE II (Alsomali et al., 2024; Pereira et al., 2024)

2. กระบวนการ (PROCESS Phase): ครอบคลุมขั้นตอนการพยาบาลเชิงประจักษ์ ณ เตียงผู้ป่วยและการขับเคลื่อนเชิงรุกในหน่วยงาน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการประเมินข้อบ่งชี้เชิงบังคับและระดับความเสี่ยงด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงล่วงหน้า (Predictive Risk Assessment Form) และเกณฑ์ Morse Fall Scale (2) การบริหารจัดการใช้มาตรการทางเลือกบูรณาการที่ไม่ใช่การผูกมัด (Alternative Care Bundle) ก่อนการตัดสินใจผูกมัด (3) ขั้นตอนปฏิบัติการผูกมัดทางกายอย่างถูกต้องและปลอดภัยสูงสุด (สอดนิ้วได้ 1-2 นิ้ว, การใช้อุปกรณ์ที่มีวัสดุนุ่ม, รองผ้าป้องกันการบาดเจ็บ) (4) วงจรการติดตามเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำ และบันทึกอาการทางพยาธิวิทยาและสภาพผิวหนังทุก 2 ชั่วโมง และ (5) เกณฑ์ความพร้อมเชิงประจักษ์ในการยุติการผูกมัดโดยเร็วที่สุด รวมถึงกระบวนการชี้แจง อบรมทักษะ นิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) และวงจรสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อควบคุมคุณภาพงานพยาบาล (Duffy et al., 2024; Kim & Yang, 2024)

3. ผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์ (OUTCOMES Phase): จำแนกดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ผลลัพธ์ระดับผู้ป่วย (Patient outcomes) อัตราการเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บจากการผูกมัด แผลกดทับ เฝียบพลัน ปริมาณการเกิดภาวะ delirium ระหว่างใช้เครื่องผูกมัด และความพึงพอใจและประสบการณ์โดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริหาร (Leo et al., 2023; Zare-Kaseb et al., 2025)

- ผลลัพธ์ระดับกระบวนการ (Process outcomes) ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะสมรรถนะเชิงปฏิบัติการ และอัตราความยึดมั่นสอดคล้องในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ (Compliance/Adherence Rate) ตลอดจนความสมบูรณ์และถูกต้องของการบันทึกพยาบาลในเวชระเบียน (Kim & Yang, 2024)

- ผลลัพธ์ระดับระบบบริการ (System outcomes) อัตราความชุกของการใช้การผูกมัดในภาพรวมของหอผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัด และดัชนีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน (Patient safety culture) (WHO, 2024; Zare-Kaseb et al., 2025)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice: EBNP) ไปใช้ในบริบทจริงของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยคณะผู้วิจัยได้บูรณาการระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา และแนวคิดกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามกรอบของสมาคมวิชาชีพระดับสากล ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้สอดคล้องกับสรีระการไหลเวียนงานและบริบทเฉพาะของหน่วยงานอย่างสูงสุด

กระบวนการวิจัยและพัฒนาได้รับการแบ่งออกเป็น 4 ระยะเชิงระบบ (4 Phases) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ครอบคลุมขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางคลินิก ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาทางคลินิก (Situation and Gap Analysis)

การศึกษาสถานการณ์ในปัจจุบันของหน่วยงาน เพื่อระบุและวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างเกณฑ์มาตรฐานกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติเชิงคลินิก (Practice Gap Analysis) คณะผู้วิจัยทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์การผูกยึดผู้ป่วย และสถิติภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างร่วมกับพยาบาลประจำการจำนวน 16 คน เพื่อสกัดปัญหา ข้อจำกัดเชิงระบบ ภาระงาน ตลอดจนความรู้สึและความกังวลเชิงจริยธรรมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการผูกยึดผู้ป่วยทางกายภาพ

ระยะที่ 2 การสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Retrieval and Synthesis)

การค้นหาลำดับและสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีระบบ โดยกำหนดประเด็นการวิจัยผ่านกรอบ PICO คณะผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมเชิงระบบผ่านฐานข้อมูลสากลและระดับประเทศ ได้แก่ PubMed, Scopus, CINAHL, Google Scholar และ Thai Clinical Trials Registry (TCI) จำกัดช่วงปีที่ตีพิมพ์ก่อนหลัง พ.ศ. 2558–2568 โดยใช้เครื่องมือ Joanna Briggs Institute (JBI) และ Critical Appraisal Skills Programme (CASP) ในการประเมินวิจารณ์คุณภาพงานวิจัยเชิงลึก ก่อนจัดกลุ่มและสังเคราะห์หลักฐานออกเป็นตารางสังเคราะห์หลักฐาน (Evidence Synthesis Table) และข้อเสนอแนะเชิงคลินิก

ระยะที่ 3: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ (Guideline Development and Quality Appraisal)

การนำผลลัพธ์ที่ได้จากการสังเคราะห์หลักฐานมาเรียบเรียงและยกร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลสำคัญ 6 ด้าน จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติไปผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 4 ท่าน และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาด้วยเครื่องมือ AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญอิสระอีก 5 ท่าน ก่อนนำไปดำเนินการทดลองใช้เบื้องต้น (Pilot/Feasibility Testing) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อวิเคราะห์และปรับแต่งขั้นตอนการไหลของกิจกรรมการพยาบาลให้มีความปลอดภัยและใช้งานง่ายหน้างานเตียงผู้ป่วย

ระยะที่ 4: การนำไปใช้และประเมินผลลัพธ์ (Clinical Implementation and Evaluation)

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ไปขับเคลื่อนปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเริ่มต้นจากการจัดโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน การติดตั้งแผนผังการตัดสินใจเชิงคลินิก (Decision Tree) และการติดตามผลเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามมาตรฐาน ตลอดจนผลลัพธ์เชิงความปลอดภัยทางคลินิกระดับผู้ป่วย (อัตราการผูกมัดและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดต่อ 1,000 วันนอน)

ในส่วนของระยะที่ 4 ซึ่งเป็นช่วงของการประเมินประสิทธิผล คณะผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะการพยาบาล ตลอดจนตัวชี้วัดผลลัพธ์ความปลอดภัยของหอผู้ป่วยระหว่างช่วงก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างเป็นระบบ

3.2 สถานที่ดำเนินการวิจัย (Research Setting)

การวิจัยดำเนินการและเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้การดูแลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมที่มีสภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ชับซ้อน และวิกฤต โดยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เป็นหน่วยงานที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยหนาแน่นและมีสัดส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ตลอดจนโรคขาดสุราเฉียบพลัน (Alcohol Withdrawal) ในสัดส่วนที่สูงมากในแต่ละเดือน

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทั้งในระดับบุคลากรผู้ให้บริการและในระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา ดังนี้

3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และปฏิบัติงานประจำการ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในกิจกรรมการดูแลและประเมินสถานะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสะสมต่ออุบัติเหตุหรือผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดร่างกายทางคลินิก
- 3) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นโครงการอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักงานระยะยาวเกินกว่า 1 เดือนในระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และเก็บข้อมูล
- 2) พยาบาลวิชาชีพที่ถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างกระบวนการศึกษา

3.3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมชายทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า และมีความเสี่ยงต่ออันตรายจนจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาผูกมัดทางกายภาพตามมาตรฐานความปลอดภัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และได้รับการประเมินทางคลินิกว่ามีความเสี่ยงและมีข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์ที่จำเป็นต้องได้รับการผูกมัดร่างกาย คณะผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยเพศชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (ซึ่งครอบคลุมทั้งผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นประชากรเปราะบางสำคัญของหอผู้ป่วย)
- 2) ได้รับการประเมินทางพยาธิสรีรวิทยาและพฤติกรรมว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุหรือดิ่งท่อและสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เช่น ท่อช่วยหายใจ สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ หรือท่อระบายต่างๆ) จนเป็นอันตรายแก่ชีวิต
- 3) ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามเกณฑ์ Morse Fall Scale มีคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ซึ่งบ่งชี้ระดับความเสี่ยงปานกลางถึงสูง
- 4) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมทางกฎหมาย (ญาติสายตรงหรือผู้ดูแลหลัก) ได้รับข้อมูลรายละเอียดความปลอดภัยเชิงวิจัยอย่างครบถ้วน และลงนามยินยอมร่วมในโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องขัง ผู้ต้องหาคดีอาญา หรืออยู่ในสถานะจำกัดเสรีภาพทางกฎหมาย ซึ่งไม่สามารถดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์และให้ความยินยอมได้อย่างเป็นอิสระ
- 2) ผู้ป่วยที่มีรอยโรคเฉียบพลันหรือโรคทางออร์โธปิดิกส์ (เช่น มีความผิดปกติของกระดูกและข้ออย่างรุนแรง ข้อมือหรือข้อเท้าหัก ข้อไหล่หลุด) ซึ่งการผูกมัดร่างกายจะเพิ่มอันตรายและคุกคามต่อความพิการของผู้ป่วยโดยตรง
- 3) ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเปิด แผลพุพอง รอยถลอก หรือการติดเชื้อมีผิวหนังบริเวณข้อมือ ข้อเท้า หรือหน้าอกซึ่งเป็นตำแหน่งหลักของการผูกมัดร่างกาย
- 4) ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นคืนชีพในภาวะฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างเบ็ดเสร็จ

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการแบ่งแยกออกเป็น 2 ประเภทหลัก เพื่อรองรับการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้งานในทางปฏิบัติคลินิก และการเก็บข้อมูลตัวแปรตามอย่างเป็นเอกภาพ ดังนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Implementation Tool)

เครื่องมือดำเนินการหลัก คือ **แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด (Nursing Practice Guideline for Patients Requiring Physical Restraint)** ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเข้มงวด ครอบคลุมกิจกรรมและหลักจริยธรรมพยาบาล 6 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินข้อบ่งชี้และสถานะผู้ป่วยก่อนการผูกมัดเชิงรุก (2) การเฝ้าระวังและการติดตามอาการในระหว่างการผูกมัดอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2 ชั่วโมง (3) การใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบำบัดกับผู้ป่วยและญาติ (4) มาตรฐานและคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียน (5) การพิทักษ์สิทธิ์ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และ (6) การประเมินซ้ำเพื่อระบุเกณฑ์ในการพิจารณายุติการผูกมัดร่างกายโดยเร็วที่สุด ร่วมกับการติดตั้งแผนผังทางเลือกการรักษาพยาบาล (Decision Tree Algorithm)

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Tools)

แบบประเมินและเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั่วไป (เพศ อายุ ระดับปฏิบัติการ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผูกมัดหรือหกล้ม) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผูกมัดผู้ป่วยจำนวน 9 ข้อคำถามที่มีลักษณะเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (ตอบถูกต้องได้รับ 1 คะแนน ตอบผิดหรือเว้นว่างได้รับ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-9 คะแนน) คะแนนที่เพิ่มขึ้นสะท้อนระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ปลอดภัยและจริยธรรมการผูกมัดที่สูงขึ้น

2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด เป็นเครื่องมือประเมินระดับทักษะความชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน ในการดำเนินงานตามขั้นตอนความปลอดภัย 4 มิติหลัก (ได้แก่ การเตรียมและประเมินก่อนผูกมัด การดูแลระหว่างผูกมัด การดูแลหลังคลายการผูกมัด และพฤติกรรมเชิงจริยธรรมความปลอดภัย)

3) แบบประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกมัด (Pre-restraint Assessment Form) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเชิงรุกที่คณะผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์มาจากแนวทางสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2568) เพื่อ

ประเมินความเหมาะสมของข้อบ่งชี้ทางกายภาพ พฤติกรรมเสี่ยง ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการสื่อสาร และความพยายามในการใช้มาตรการทางเลือกที่ไม่ผู้กรัดร่างกายก่อนหน้าการตัดสินใจ

4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale: MFS) เครื่องมือมาตรฐานสากลของ Morse (1985) ใช้คัดกรองระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ประกอบด้วยเกณฑ์คะแนน 6 ด้าน (ประวัติการตกเตียง การวินิจฉัยโรคร่วม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ลักษณะท่าทางการเดิน และระดับสติปัญญาการรับรู้ของตนเอง) คะแนนรวม 0–125 คะแนน แบ่งเป็น ความเสี่ยงต่ำ (0–24 คะแนน) ความเสี่ยงปานกลาง (25–50 คะแนน) และความเสี่ยงสูง (คะแนนตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป)

5) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผูกยึด (Restraint Complication Assessment Form) พัฒนาและประยุกต์มาจากแนวทางสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2568) เป็นเครื่องมือควบคุมคุณภาพที่พยาบาลประจำเวรต้องทำการประเมินทุก 2 ชั่วโมงระหว่างผู้ป่วยถูกผูกยึด ครอบคลุมการสังเกต 6 รายการ (สภาพจิตใจ สีมวลและการไหลเวียนโลหิตปลายมือปลายเท้า การหายใจ ระดับการรับรู้ตอบสนอง สภาพผิวหนัง รอบสายรัด และภาวะแทรกซ้อนรอยขีดแผลกดทับ) คะแนนรวม 6–8 คะแนน บ่งชี้เกณฑ์ปกติให้คลายสายผูกได้, คะแนนรวม 9–12 คะแนน บ่งชี้สภาวะก้ำกึ่งที่ต้องติดตามประเมินซ้ำ, คะแนนรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป แนะนำให้คงสายผูกยึดและรายงานแพทย์รักษาภาวะกระสับกระส่าย

6) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด เป็นแบบตรวจสอบสำหรับคณะผู้วิจัยและทีมงานทางคลินิกในการสุ่มสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติงานจริงของพยาบาล 16 คน ว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในแนวปฏิบัติหรือไม่ (Adherence rate)

7) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาล แบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับตามเกณฑ์ Likert Scale จำนวน 10 ข้อคำถาม ครอบคลุมความคิดเห็นด้านความชัดเจนของขั้นตอน ความเหมาะสมเชิงระบบ ความสะดวกใช้งาน ความปลอดภัยของผู้ป่วย และสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรม แปลผลคะแนนรวม 41–50 คะแนน เป็นพึงพอใจมากที่สุด, คะแนน 31–40 คะแนน เป็นพึงพอใจมาก, คะแนน 21–30 คะแนน เป็นพึงพอใจปานกลาง

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (Validity and Reliability)

3.5.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้รับการนำไปตรวจสอบคุณภาพด้านความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง ความถูกต้องตามหลักวิชาการ และภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยผุกด 1 ท่าน ผลการพิจารณาคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level Content Validity Index: I-CVI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ในทุกข้อคำถาม และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือระดับทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index: S-CVI/Ave) เท่ากับ 1.00 ในทุกชุดเครื่องมือ ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสมบูรณ์ที่สุด

3.5.2 การประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของแนวปฏิบัติ (AGREE II Appraisal)

ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ได้รับการวิพากษ์และประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาอย่างเข้มงวดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญอิสระจำนวน 5 ท่านตามกรอบประเมินมาตรฐานสากล **AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II)** ซึ่งครอบคลุมเกณฑ์ 23 ข้อใน 6 โดเมนหลัก โดยการวิเคราะห์ประมวลคะแนนตามสูตรคำนวณคะแนนมาตรฐานรายด้าน (Standardized Domain Score) มีค่าคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ **ร้อยละ 86.96** โดเมนที่ได้รับคะแนนสูงสุดเรียงลำดับลงมา ได้แก่ ด้านความชัดเจนของการนำเสนอ (Clarity of Presentation) เท่ากับร้อยละ 90.00, ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose) เท่ากับร้อยละ 88.89, ด้านความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Editorial Independence) เท่ากับร้อยละ 88.33, ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement) เท่ากับร้อยละ 85.56, ด้านความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา (Rigour of Development) เท่ากับร้อยละ 85.42 และด้านความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้จริง (Applicability) เท่ากับร้อยละ 83.33 คะแนนในระดับสูงนี้เป็นการยืนยันความแข็งแกร่งเชิงระเบียบวิธีวิจัยและคุณค่าเชิงวิชาการของแนวปฏิบัติฉบับนี้

3.5.3 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ แบบทดสอบทักษะ และแบบวัดความพึงพอใจที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทำหัตถการทดลองใช้ (Try-out) ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีลักษณะเชิงประชากรและสรีรวิทยาใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจริง จำนวน 20 ราย ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

(โดยเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาจริงของโครงการ) เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่นภายใน โดยเครื่องมือแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามประมาณค่าพึงพอใจ ได้รับการวิเคราะห์ประเมินค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) หรือค่าความสอดคล้องภายใน Kuder-Richardson (KR-20) ซึ่งผลวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง $**0.78$ ถึง $0.85**$ ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นและเสถียรภาพภายในเครื่องมือในเกณฑ์สูง ยอมรับให้นำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.6 การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานโดยยึดมั่นและปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลักการของสากลอย่างเคร่งครัด โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาทบทวนและรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติวิจัย เลขที่ CTIREC 106/68 ลงวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิในทางปฏิบัติ: ในการติดต่อและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการปกป้องสิทธิผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลอย่างรอบด้าน ดังนี้

1) คณะผู้วิจัยได้ให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ประสานงาน คัดกรอง และชี้แจงจุดประสงค์ โครงการวิจัย ขั้นตอนการดูแล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการเคารพสิทธิในการร่วมมือ เพื่อลดแรงบีบคั้นและความกดดันเชิงระบบในการให้ความยินยอม

2) การขอลงนามความยินยอม คณะผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (ญาติสายตรง) ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร (Written Informed Consent) ก่อนเริ่มต้นกิจกรรมการอบรมหรือการเปลี่ยนผ่านกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นทางการ

3) การรักษาความลับส่วนบุคคล ข้อมูลจริงทั้งหมดได้รับการสวมรหัส (Anonymous/Coding) แทนการระบุชื่อผู้รับบริการและชื่อพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้ในไดรฟ์รหัสผ่านที่เข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัยหลักเท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในรูปแบบภาพรวมเชิงสถิติทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีผลเสียต่อการดูแลรักษาพยาบาลหรือการประเมินตำแหน่งวิชาชีพพยาบาลแต่อย่างใด

3.7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Procedure and Data Collection)

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงระบบระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 โดยในระยะที่ 4 ของการทดลองใช้แนวปฏิบัติในคลินิกจริง (Clinical Implementation) คณะผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งออกเป็นขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมและวัดคุณสมบัติพื้นฐาน คณะผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มงานพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เพื่อเตรียมความพร้อมของสถานที่และบุคลากร ชี้แจงขั้นตอนความร่วมมือ และดำเนินการประเมินผลความรู้ก่อนการเรียนรู้ (Pretest) และวัดทักษะปฏิบัติเดิมของพยาบาลประจำการทั้ง 16 คน เพื่อจัดทำเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร คณะผู้วิจัยจัดการอบรมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปแบบ แก่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้ง 16 คน โดยจัดการสาธิตการใช้หลักการผูกยึดร่างกายที่ปลอดภัยด้วยอุปกรณ์ผ้านุ่ม การใช้เครื่องมือคัดกรองและการเฝ้าระวัง ได้แก่ แบบประเมิน Morse Fall Scale และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อน (ประเมินทุก 2 ชั่วโมง) พร้อมทั้งทำการติดตั้งแผนผังอัลกอริทึมต้นไม้ตัดสินใจเชิงคลินิก (PR-Decision Tree) ไว้ที่หน้างานปฏิบัติงาน และจัดโปรแกรมทดสอบความรู้และทักษะหลังการเรียนรู้ (Posttest)

สัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 11 ระยะการขับเคลื่อนทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน นำแนวปฏิบัติการพยาบาลและเครื่องมือช่วยตัดสินใจไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยเพศชายอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกสะสมในการผูกยึด (จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรวม 30 ราย) โดยดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงพยายามนำเสนอและใช้ชุดมาตรการทางเลือกบูรณาการที่ไม่ผูกยึดก่อน (Least Restrictive Alternatives เช่น ปรับสิ่งแวดล้อม reorientation จัดท่าทาง) หากมาตรการทางเลือกไม่ได้ผลจึงผูกยึดร่างกายตามคำสั่งแพทย์ ด้วยเทคนิคผูกมัดเตียงหลักที่สอดนิ้วได้ 1-2 นิ้ว ดำเนินการเฝ้าระวังสีผิวและ neurovascular status ทุก 2 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลเชิงระบบ และทำการปลดการผูกยึดทันทีเมื่อผู้ป่วยสงบลงหรือเมื่อผ่านเกณฑ์การยุติ (Discontinuation criteria)

การนิเทศและควบคุมคุณภาพ: ตลอดช่วงระยะเวลานำไปปฏิบัติ คณะผู้วิจัยและทีมพยาบาลดำเนินการกลไกนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) อย่างต่อเนื่อง และทำการตรวจสอบพฤติกรรมกาปฏิบัติงาน

ผ่านแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Adherence Checklist) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อควบคุมความคงเส้นคงวาและกำจัดอคติ (Bias control)

สัปดาห์ที่ 12 ระยะติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 คณะผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบประเมินความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญ และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังสิ้นสุดโครงการจากพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 16 คน ดำเนินการดึงข้อมูลสถิติอัตราการใช้การผูกยึดและสถิติภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจริงต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วยในระบบรายงานเชิงตัวเลข และปิดระบบการวิจัยเพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ระบบประมวลผล

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ (Data Analysis)

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์เชิงระบบของเนื้อหา ก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยคณะผู้วิจัยกำหนดสถิติวิเคราะห์ตามลักษณะตัวแปร ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลประชากรทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์) และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ ระดับความเสี่ยง Morse Fall Scale) โดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลประจำการทั้ง 16 คน ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ Paired-samples t-test เนื่องจากข้อมูลผ่านการตรวจสอบการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution Testing) และทำการวิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพลเชิงสัมพัทธ์ (Effect Size) ด้วยสถิติ *Cohen's d* เพื่อประเมินพลังของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) สถิติวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Indicators) คำนวณสถิติเปรียบเทียบอุบัติการณ์อัตราการใช้เครื่องผูกยึดร่างกาย และอัตราอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผูกยึดของผู้ป่วย (เช่น แผลกดทับ รอยแดงบวม ปลายมือเย็น ปวดอึดเสบส่าลัก) โดยแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปอัตราต่อ 1,000 วันนอนของผู้ป่วย (Patient-days Rate) ระหว่างระยะก่อนเริ่มโครงการ และระยะหลังการดำเนินงาน เพื่อประเมินผลลัพธ์การยกระดับคุณภาพความปลอดภัยระดับองค์กร

4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) สำหรับข้อมูลข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา ปัญหา และอุปสรรคเชิงระบบที่สกัดได้จากแบบสอบถามปลายเปิด การสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง คณะผู้วิจัยดำเนินการประมวลผลเชิงระบบและวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis Table) เพื่อนำมาถักทอร่างสรุปประเด็นสำหรับวิเคราะห์ในบทที่ 4 และ 5

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) เรื่อง "การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า" มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินผลลัพธ์พหุระดับ (Multilevel outcomes) หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอตัวชี้วัดความสำเร็จ ได้รับการจัดระเบียบโครงสร้างออกเป็น 6 ส่วนย่อยอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมติฐานการวิจัยอย่างรอบด้าน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในปัจจุบัน (Phase 1)

ในระยาศึกษาสถานการณ์และปัญหาเชิงบริบท (Situation and Practice-Gap Analysis) คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำการจำนวน 16 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหาข้อจำกัด ปัญหา และช่องว่างการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในชีวิตจริง จากการประมวลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถสกัดกลไกองค์ความรู้ออกเป็น 3 ธีม หลัก (Core Themes) ดังนี้

ธีมที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Patient Characteristics and Clinical Risk Behaviors)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุตรงกันว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับการพิจารณาผูกมัดบ่อยที่สุดในหน่วยงาน คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนสุรา (Alcohol Withdrawal) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสน (Confused Elderly) และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Dementia) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีระดับความรับรู้บกพร่อง (Cognitive Impairment) สูญเสียความตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง และพยายามดิ้นรนขัดขวางการรักษา พฤติกรรมเสี่ยงสูงสุดที่นำไปสู่การผูกมัดคือ การพยายามดึงสายระบายและอุปกรณ์การแพทย์พยางค์ขั้นวิกฤต เช่น ท่อช่วย

หายใจ (ET tube) สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line) สายให้อาหาร (NG tube) และสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) รองลงมาคือพฤติกรรมพยายามป้อนป้อนรบกวนกันเพียงเล็กน้อยโดยไม่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลให้พยาบาลต้องตัดสินใจผูกมัดทางกายเพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิตและหลีกเลี่ยงการหยุดของแผนการรักษา

ธีมที่ 2: ปัญหาเชิงระบบ ทรัพยากร และภาระงานพยาบาลประจำการ (Systemic Constraints and Nursing Workload)

ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนอย่างชัดเจนถึง 'ข้อจำกัดเชิงระบบ' (Systemic Constraints) ที่ส่งผลกระทบต่ออย่างสูงต่อกระบวนการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเผชิญหน้ากับภาวะภาระงานล้นเกิน (High workload) อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ (Low Nurse-to-Patient Ratio) โดยเฉพาะในเวรป่วยและเวรตึก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถจัดเวลาไปพูดคุย ประเมิน หรือประยุกต์ใช้มาตรการทางเลือกอื่น ๆ ที่จำกัดเสรีภาพน้อยกว่าได้ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์การผูกมัดที่ได้มาตรฐานและมีความนุ่มนวล รวมถึงการส่งต่อข้อมูลเวรต่อเวรที่ไม่มีโครงสร้างชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลต้องพึ่งพิงการผูกมัดเป็นกลไกหลักในการควบคุมความปลอดภัยทดแทนอัตรากำลังบุคลากรและทรัพยากรที่ขาดแคลน

ธีมที่ 3: ช่องว่างการปฏิบัติเชิงมาตรฐานและความตระหนักด้านจริยธรรม (Practice Gaps and Ethical Dilemmas)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนช่องว่างที่สำคัญว่า ปัจจุบันหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร (Standardized clinical practice guideline) ส่งผลให้การดูแลขึ้นอยู่กับความคุ้นเคยเดิม ประสบการณ์ และดุลยพินิจเฉพาะส่วนบุคคล (Practice Variation) ทำให้การตัดสินใจผูกมัดไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ในส่วนมิติจริยธรรม พยาบาลสะท้อนภาวะความตึงเครียดเชิงจิตวิญญาณและความทุกข์เชิงจริยธรรม (Moral Distress) อย่างสูง เนื่องจากจำเป็นต้องจำกัดเสรีภาพทางร่างกายของผู้ป่วยเพื่อป้องกันต่อช่วยหายใจหลุด แต่ในขณะเดียวกันก็ตระหนักดีว่าพฤติกรรมดังกล่าวอาจละเมิดสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ข้อมูลนี้ชี้ชัดถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Decision Support System) ที่จะช่วยควบคุมการใช้การผูกมัดอย่างปลอดภัย มีจริยธรรม และจำกัดสิทธิน้อยที่สุดตามหลักสากล

การประเมินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ก่อนการผูกมัด (Pre-restraint Assessment and Indications for Initiating Physical Restraint)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย พบว่า ก่อนการพิจารณาใช้การผูกมัด พยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเพื่อพิจารณาความจำเป็น ความเหมาะสม และความปลอดภัย โดยไม่ได้พิจารณาจากการวินิจฉัยโรคเพียงอย่างเดียว แต่ให้ความสำคัญกับภาวะการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง ความสามารถในการควบคุมตนเอง ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ รวมถึงผลของมาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การตัดสินใจใช้การผูกมัดเป็นกระบวนการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย (Safety Risk Assessment) โดยมุ่งใช้การผูกมัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจนและเมื่อมาตรการที่จำกัดเสรีภาพน้อยกว่าไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ ตามหลัก **Least Restraint** และ **Last Resort Principle**

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาผูกมัด (Patient Groups Requiring Physical Restraint)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มักได้รับการพิจารณาใช้การผูกมัด ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนสุรา (Alcohol Withdrawal)
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน (Confused Elderly Patients)
- ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีความบกพร่องด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ไม่สามารถรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการให้ความร่วมมือในการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกระสับกระส่าย สับสน ต่อต้านการรักษา พยายามลงจากเตียง ดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะผู้ป่วย Delirium และ Alcohol Withdrawal ซึ่งอาการสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ส่วนมากจะเป็นคนไข้กลุ่มแอลกอฮอล์ Delirium แล้วก็ Dementia”

(ID01)

“ส่วนใหญ่จะเป็น Alcohol Withdrawal ผู้สูงอายุที่สับสน แล้วก็ผู้ป่วยที่ก้าวร้าว”

(ID02)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์สูงสะท้อนว่า การประเมินประวัติการดื่มสุรา การหยุดดื่ม การสูบบุหรี่ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นข้อมูลสำคัญในการคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิด Delirium, Withdrawal Syndrome และพฤติกรรมเสี่ยง

“ถ้ารู้ว่าคนไข้ดื่มสุราหนัก แล้วหยุดดื่มมา 3-5 วัน ต้องเฝ้าระวังเรื่อง Delirium ไว้ก่อน” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การระบุกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเป็นขั้นตอนสำคัญของ Pre-restraint Assessment เพื่อให้สามารถวางแผนป้องกันและลดการใช้การผูกมัดที่ไม่จำเป็น

พฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การพิจารณาผูกมัด (Risk Behaviors Leading to Physical Restraint)

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสะท้อนตรงกันว่า การตัดสินใจใช้การผูกมัดไม่ได้ขึ้นกับโรคหรือการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้ป่วยแสดงออกในขณะนั้น

พฤติกรรมที่พบ ได้แก่

- การดึงสายและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น IV line, NG tube, Foley catheter, Oxygen
- การพยายามลงจากเตียงหรือป็นเตียง
- การเดินหนีหรือพยายามออกจากหอผู้ป่วย
- การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
- การกระสับกระส่ายรุนแรง
- การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า พฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม การหยุดชะงักของการรักษา และการบาดเจ็บของผู้ป่วยหรือบุคลากร

“คนไข้ไม่รู้ตัว สับสน จะลงเตียง” (ID01)

“ผู้ป่วยเสี่ยงดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น จึงจำเป็นต้องพิจารณาผูกมัด” (ID02)

ในสถานการณ์ที่มีความรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ผู้ป่วยบางรายอาจพยายามหลบหนี ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ทำร้ายเจ้าหน้าที่ หรือแกล้งผูกมัดเอง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยทีมช่วยควบคุมสถานการณ์

“บางคนคว้าเข็มจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ต้องเรียก รปภ. มาช่วยควบคุม” (ID03)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า พฤติกรรมเสี่ยงเป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินใจใช้การผูกมัด โดยต้องประเมินทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และกระบวนการรักษา

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มใช้การผูกมัด (Indications for Initiating Physical Restraint)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การเริ่มใช้การผูกมัดเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ โดยข้อบ่งชี้สำคัญ ได้แก่

1. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น พยายามลงจากเตียงโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ
2. ดึงหรือถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์
3. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งหรือให้ความร่วมมือในการรักษา
4. มีภาวะสับสน สูญเสียการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่
5. มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสี่ยงทำร้ายตนเองและผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลเน้นว่า ก่อนใช้การผูกมัดต้องมีการประเมินและทดลองใช้มาตรการอื่นก่อนได้แก่

- การกระตุ้นการรับรู้ (Reorientation)
- การพูดคุยลดความรุนแรง (Verbal De-escalation)
- การจัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัย
- การให้ญาติเข้ามาช่วยดูแล
- การเพิ่มการเฝ้าระวัง

“ถ้ามาตรการอื่นไม่ได้ผล และผู้ป่วยยังเสี่ยงถึงสายหรือเกิดอันตราย การผูกมัดจึงเป็นทางเลือกสุดท้าย” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การผูกมัดไม่ได้เป็นการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่เป็นมาตรการเพื่อป้องกันอันตรายเมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจน

การประเมินปัจจัยทำนายความเสี่ยงล่วงหน้า (Predictive Risk Assessment)

ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์สูงสะท้อนประเด็นสำคัญว่า การประเมินก่อนผูกมัดไม่ควรรอจนผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง แต่ควรมีการประเมินปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงล่วงหน้า เพื่อวางแผนป้องกันเชิงรุกปัจจัยที่พบ ได้แก่

- ประวัติการดื่มสุราเรื้อรัง
- ระยะเวลาหลังหยุดดื่มสุรา 3-5 วัน
- ประวัติการสูบบุหรี่และ Nicotine Withdrawal
- ผู้สูงอายุ
- ภาวะ Dementia
- การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว
- ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนาน

“คนไข้ที่มีประวัติสูบบุหรี่จัด พอเข้าโรงพยาบาลก็อาจมีอาการกระสับกระส่ายจากการขาดนิโคติน” (ID04)

“ผู้สูงอายุที่เริ่มสับสนช่วงเย็นหรือกลางคืน ต้องติดตามใกล้ชิด เพราะมีโอกาสลุกจากเตียงและดิ่งสายต่าง ๆ” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า Predictive Risk Assessment เป็นข้อค้นพบสำคัญที่สะท้อนการเปลี่ยนจากการดูแลแบบตอบสนองต่อเหตุการณ์ (Reactive Care) ไปสู่การดูแลเชิงรุก (Proactive Care)

การใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด (Alternative Measures Before Restraint)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การผูกมัดควรเป็นมาตรการสุดท้าย หลังจากได้ดำเนินมาตรการที่จำกัดสิทธิให้น้อยกว่าแล้ว

มาตรการที่ใช้ ได้แก่

- การพูดคุยสร้างความเข้าใจ
- การกระตุ้นการรับรู้
- การจัดสิ่งแวดล้อม
- การเพิ่มการเฝ้าระวัง
- การให้ญาติช่วยดูแล

การดำเนินมาตรการดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อลดความจำเป็นในการใช้การผูกมัด และส่งเสริมความเป็นอิสระของผู้ป่วย

การประเมินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ก่อนการผูกมัด (Pre-restraint Assessment and Indications for Initiating Physical Restraint)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า กระบวนการก่อนการผูกมัดประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Patient Groups Requiring Restraint)
2. พฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การผูกมัด (Risk Behaviors)
3. ข้อบ่งชี้ในการเริ่มใช้การผูกมัด (Indications for Initiation)
4. การประเมินปัจจัยทำนายความเสี่ยงล่วงหน้า (Predictive Risk Assessment)
5. การใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด (Alternative Measures)

โดยภาพรวม การตัดสินใจใช้การผูกมัดเป็นกระบวนการประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันอันตราย มิใช่การควบคุมพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติในปัจจุบันยังขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาล เนื่องจากยังขาดเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น Pre-restraint Assessment Tool, Risk Prediction Checklist และ Standardized Indication Criteria ดังนั้นควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นระบบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ลดความแตกต่างระหว่างบุคลากร และส่งเสริมหลัก Patient Safety และ Least Restraint Practice

การประเมินและการตัดสินใจก่อนผูกมัด (Pre-restraint Assessment and Decision Making)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่า ก่อนการพิจารณาใช้การผูกมัด พยาบาลมีกระบวนการประเมินและตัดสินใจอย่างเป็นลำดับ เพื่อพิจารณาความจำเป็น ความเหมาะสม และความปลอดภัยของการใช้การผูกมัด โดยมุ่งเน้นหลักการ ใช้การผูกมัดเท่าที่จำเป็น (Least Restrictive Intervention) และเลือกใช้การผูกมัดเป็นมาตรการสุดท้าย (Last Resort) เมื่อมาตรการทางเลือกอื่นไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงได้

กระบวนการก่อนการผูกมัดประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติ การใช้มาตรการลดความจำเป็นในการผูกมัด การมีส่วนร่วมของญาติ และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การตัดสินใจในปัจจุบันยังอาศัยประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากยังขาดแนวทางมาตรฐานในการประเมินและกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ของผู้ป่วย (Assessment of Consciousness and Orientation)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การประเมินเบื้องต้นก่อนการผูกยึดมักเริ่มจากการประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมิน Orientation ได้แก่ การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน เพื่อ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว อาจไม่สามารถเข้าใจสถานการณ์ ควบคุมพฤติกรรม หรือให้ความร่วมมือในการรักษาได้

การประเมินดังกล่าวช่วยให้พยาบาลสามารถแยกแยะว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดจากภาวะสับสนชั่วคราว ความผิดปกติของการรับรู้ หรือมีความเสี่ยงที่จำเป็นต้องใช้การผูกยึด

“อันดับแรกก็ประเมิน Orientation ก่อน ว่าคนไข้รู้เรื่องไหม รู้วัน เวลา สถานที่หรือเปล่า” (ID02)

“ต้องประเมินระดับความรู้สึกตัว ดูว่าเขารับรู้เวลา สถานที่ บุคคลได้ไหม แล้วดูอาการสับสนร่วมด้วย” (ID03)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การประเมิน Consciousness และ Orientation เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Behavioral Risk and Safety Assessment)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การตัดสินใจใช้การผูกยึดไม่ได้พิจารณาจากการวินิจฉัยโรคเพียงอย่างเดียว แต่พิจารณาจากพฤติกรรมและระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยประเมินพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่

- การดิ่งสายหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์
- การพยายามลงจากเตียง
- การต่อต้านการรักษา
- การควบคุมตนเองไม่ได้
- พฤติกรรมก้าวร้าวหรือเสี่ยงทำร้ายตนเองและผู้อื่น

พยาบาลจะประเมินว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีความรุนแรงและมีโอกาสก่อให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ก่อนพิจารณาใช้การผูกยึด

“ต้องดูพฤติกรรมก่อนว่าเขาดิ่งสายไหม จะลงเตียงไหม มีอาการก้าวร้าวหรือเปล่า ถ้าเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายก็ต้องพิจารณาผูกยึด” (ID03)

“ต้องดูว่าคนไข้รับรู้ไหม สื่อสารได้ไหม ทำตามคำสั่งได้หรือเปล่า แล้วดูพฤติกรรมต่อเนื่องว่าเป็นอย่างไร” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า พฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระดับความจำเป็นของการผูกยึด โดยมุ่งใช้มาตรการจำกัดการเคลื่อนไหวเฉพาะเมื่อมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย

การประเมินสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติ (Underlying Cause Assessment)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ก่อนการผูกมัด พยาบาลมีการประเมินสาเหตุที่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ เพื่อช่วยวางแผนการดูแลและเลือกมาตรการที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ

- Alcohol withdrawal
- Delirium
- Dementia
- ภาวะสับสนจากโรคหรือการรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และบางกรณีสามารถแก้ไขสาเหตุได้โดยไม่ต้องใช้การผูกมัด

“ส่วนมากจะเป็นคนไข้กลุ่มแอลกอฮอล์ Delirium แล้วก็ Dementia” (ID01)

“ถ้าเป็น Alcohol withdrawal ต้องดูประวัติการดื่ม ปริมาณที่ดื่ม หยุดดื่มมากี่วัน เพราะบางช่วงจะเริ่มมีอาการเพ้อ สับสน ก้าวร้าว” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยลดการใช้การผูกมัดที่ไม่จำเป็น และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ

การใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด (Alternative Measures Prior to Restraint)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ก่อนการตัดสินใจใช้การผูกมัด พยาบาลมีความพยายามใช้มาตรการอื่นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงก่อน โดยยึดหลักว่าการผูกมัดควรเป็นทางเลือกสุดท้าย (Last Resort)

มาตรการทางเลือก ได้แก่

- การกระตุ้นการรับรู้ (Reorientation)
- การพูดคุยลดความรุนแรงของพฤติกรรม (Verbal De-escalation)
- การอธิบายเหตุผลของการรักษา
- การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
- การเพิ่มการเฝ้าระวัง
- การให้ญาติเข้ามาช่วยดูแล

“จะลองกระตุ้นการรับรู้ก่อน บอกคนไข้ว่าอยู่ที่ไหน ทำอะไรอยู่ ให้เขาสงบลงก่อน ถ้ายังไม่ดีขึ้นค่อยพิจารณา” (ID01)

“ต้องลองพูดคุยก่อน อธิบายให้คนไข้เข้าใจว่าเราทำเพื่อความปลอดภัย ไม่ได้ต้องการจำกัดเขา” (ID03)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า พยาบาลมีแนวคิดในการลดการใช้การผูกมัด โดยพยายามเลือกวิธีการที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยน้อยที่สุดก่อน

การมีส่วนร่วมของญาติในการลดความจำเป็นของการผูกมัด (Family Involvement in Restraint Prevention)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ญาติมีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะมาตรการทางเลือกและผู้สนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน ญาติสามารถช่วยสร้างความคุ้นเคย ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย

นอกจากนี้ หากจำเป็นต้องใช้การผูกมัด พยาบาลจะอธิบายเหตุผลแก่ญาติเพื่อสร้างความเข้าใจว่าการผูกมัดเป็นมาตรการเพื่อป้องกันอันตราย ไม่ใช่การลงโทษ

“ถ้ามีญาติเฝ้าและช่วยดูแลได้ ก็สามารถลดการผูกมัดได้” (ID05)

“ต้องอธิบายญาติก่อน ให้เข้าใจว่าที่ต้องผูกเพราะป้องกันอันตราย ไม่ใช่การลงโทษผู้ป่วย” (ID03)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การมีส่วนร่วมของญาติเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญในการลดการใช้การผูกมัด การตัดสินใจใช้การผูกมัดและการประสานทีมสุขภาพ (Clinical Decision Making and Team Collaboration)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหลักในการประเมินสถานการณ์และตัดสินใจเบื้องต้น เนื่องจากเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงหรือมีความซับซ้อน พยาบาลจะประสานแพทย์และทีมสุขภาพเพื่อร่วมพิจารณาแนวทางการดูแล

“พยาบาลเป็นคนประเมินก่อน ถ้าเห็นว่าคนไข้มีความเสี่ยงก็ต้องตัดสินใจผูกมัด แล้วรายงานแพทย์” (ID01)

“ถ้าควบคุมไม่ได้หรือมีอาการมาก ก็ต้องประสานแพทย์และทีมที่เกี่ยวข้อง” (ID03)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การตัดสินใจยังขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือประเมินหรือเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน

“แต่ละคนประเมินไม่เหมือนกัน บางคนเห็นว่ายังพอควบคุมได้ บางคนอาจตัดสินใจผูกเลย เพราะยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน” (ID04)

สรุป การประเมินและการตัดสินใจก่อนผูกมัด (Pre-restraint Assessment and Decision Making)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า กระบวนการก่อนการผูกมัดเป็นกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกที่ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ (Consciousness and Orientation Assessment)
2. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและความปลอดภัย (Behavioral Risk Assessment)
3. การค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติ (Underlying Cause Assessment)
4. การใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด (Alternative Measures)

5. การมีส่วนร่วมของญาติ (Family Involvement)

6. การตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ (Clinical Decision Making and Collaboration)

โดยภาพรวม พยาบาลมีความตระหนักว่าการผูกมัดควรใช้เมื่อมีความจำเป็นและหลังจากมาตรการอื่นไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการประเมินและตัดสินใจยังมีความแตกต่างระหว่างบุคลากร เนื่องจากขาดแนวทางมาตรฐาน เช่น **Pre-restraint Assessment Tool, Restraint Indication Criteria และ Decision-making Algorithm** ดังนั้นควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้การใช้การผูกมัดมีความปลอดภัย ลดความแตกต่างในการปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลัก **Patient Safety และ Least Restraint Practice**

การปฏิบัติระหว่างการผูกมัด (During Restraint)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่า ภายหลังจากตัดสินใจใช้การผูกมัด พยาบาลให้ความสำคัญกับการดำเนินการอย่างปลอดภัย โดยมุ่งเน้นการจำกัดการเคลื่อนไหวเท่าที่จำเป็น (Least Restrictive Intervention) ควบคู่กับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้การผูกมัด กระบวนการปฏิบัติระหว่างการผูกมัดประกอบด้วย การเลือกวิธีการผูกมัดที่เหมาะสม การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ปลอดภัย การรองวัสดุป้องกันการบาดเจ็บ การติดตามเฝ้าระวัง การประเมินซ้ำ การบันทึกข้อมูล และการกำหนดเกณฑ์ในการลดระดับหรือยุติการผูกมัด

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แม้พยาบาลจะมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่การปฏิบัติในปัจจุบันยังอาศัยประสบการณ์และดุลยพินิจของบุคลากรเป็นหลัก เนื่องจากยังไม่มีแนวปฏิบัติมาตรฐานที่กำหนดรายละเอียดของขั้นตอน วิธีการประเมิน และความถี่ในการติดตามอย่างชัดเจน ส่งผลให้รูปแบบการปฏิบัติอาจมีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากร

วิธีการผูกมัด (Restraint Technique)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า รูปแบบการผูกมัดที่ใช้ในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการผูกมัดบริเวณแขนและขา (Extremity Restraint) โดยเฉพาะบริเวณข้อมือ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมดึงสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายให้อาหาร สายสวน หรืออุปกรณ์รักษาต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมพยายามลงจากเตียง ภาวะสับสน หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้

การเลือกตำแหน่งและระดับของการผูกมัดจะพิจารณาตามระดับความเสี่ยงและความจำเป็นของผู้ป่วย โดยใช้หลักการจำกัดการเคลื่อนไหวให้น้อยที่สุด แต่เพียงพอสำหรับป้องกันอันตราย ทั้งนี้พยาบาลจะหลีกเลี่ยงการผูกมัดเกินความจำเป็น และเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

“ส่วนใหญ่จะผูกที่ข้อมือก่อน เพราะปัญหาหลักคือคนใช้ดึงสาย ถ้ายังคุมไม่ได้จริง ๆ ถึงจะเพิ่มการผูกส่วนอื่น” (ID01)

ก่อนดำเนินการผูกมัด พยาบาลจะอธิบายเหตุผลและวัตถุประสงค์แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความเข้าใจว่าการผูกมัดเป็นมาตรการเพื่อความปลอดภัย ไม่ใช้การลงโทษผู้ป่วย จากนั้นจึงดำเนินการด้วยความ

ระมัดระวัง โดยคำนึงถึงความนุ่มนวล ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือการบาดเจ็บ และตรวจสอบระดับความแน่นของอุปกรณ์ให้เหมาะสม

“เวลาผู้ก็ต้องบอกคนใช้ก่อนว่าเราผูกเพื่อป้องกันไม่ให้ดึงสาย ไม่ใช่การลงโทษ แล้วค่อยดำเนินการ” (ID03)

นอกจากนี้ ในกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ดิ้นมาก หรือควบคุมตนเองไม่ได้ การดำเนินการผูกยึดจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรหลายคนร่วมกัน เพื่อควบคุมสถานการณ์อย่างปลอดภัย ลดการต่อสู้ และป้องกันการบาดเจ็บทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากร

อุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึด (Restraint Equipment)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึดเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพยาบาลเลือกใช้อุปกรณ์ตามลักษณะพฤติกรรม ระดับความเสี่ยง และตำแหน่งที่ต้องการจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น สายรัดข้อมือ (Wrist restraint) สายรัดข้อเท้า (Ankle restraint) หรืออุปกรณ์ที่มีวัสดุนุ่มเพื่อลดแรงกดต่อผิวหนัง

พยาบาลให้ความสำคัญกับการเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีความเหมาะสม มั่นคง และปลอดภัย โดยเฉพาะอุปกรณ์สำหรับการผูกยึดทางการแพทย์ (Medical Restraint Device) ซึ่งได้รับการออกแบบเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บ การกดทับ และการรบกวนการไหลเวียนเลือด

“อุปกรณ์ที่ใช้บางครั้งมีไม่เพียงพอ ต้องเลือกใช้ของที่มีอยู่ แต่ก็ต้องระวังเรื่องความปลอดภัยของคนใช้” (ID05)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความพร้อมของอุปกรณ์ในหอผู้ป่วย โดยบางช่วงมีจำนวนอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ และเพิ่มความระมัดระวังในการตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ พบว่าการเลือกใช้อุปกรณ์ยังขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละราย เนื่องจากยังไม่มีแนวทางมาตรฐานเกี่ยวกับชนิดของอุปกรณ์ ข้อบ่งใช้ และเกณฑ์การตรวจสอบความเหมาะสมของอุปกรณ์อย่างชัดเจน

การรองฟ้าย่อนการผูกยึด (Protective Padding)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การรองผ้าหรือวัสดุป้องกันก่อนการผูกยึดเป็นขั้นตอนสำคัญในการลดแรงกด ลดการเสียดสี และป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังและเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีผิวหนังเปราะบาง หรือผู้ที่ต้องได้รับการผูกยึดเป็นเวลานาน

พยาบาลจะเตรียมบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์ผูกยึด โดยใช้วัสดุนุ่มรองระหว่างผิวหนังกับสายรัด เพื่อป้องกันการสัมผัสโดยตรง ลดการเกิดรอยแดง แผลกดทับ และการบาดเจ็บบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ข้อมือและข้อเท้า

“เวลาผูกต้องรองผังก่อน ไม่ให้สายรัดสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง เพราะบางคนผิวหนัง เกิดแผลได้ง่าย”
(ID05)

อย่างไรก็ตาม การรองผ่ายังมีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากร เนื่องจากยังไม่มีแนวทางมาตรฐานเกี่ยวกับชนิดของวัสดุ วิธีการรอง และตำแหน่งที่ควรให้ความสำคัญ ส่งผลให้การปฏิบัติส่วนหนึ่งขึ้นกับประสบการณ์และความตระหนักของพยาบาล

การติดตามเฝ้าระวังระหว่างการผูกยึด (Monitoring During Restraint)

ภายหลังการผูกยึด พยาบาลมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความปลอดภัยและค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยครอบคลุมการประเมินบริเวณที่ผูกยึด ได้แก่ สีสัน อุณหภูมิ การบวม ความรู้สึก อาการปวด การไหลเวียนเลือด รวมถึงประเมินระดับความรู้สึกตัว พฤติกรรม ความกระสับกระส่าย และความร่วมมือของผู้ป่วย

“หลังผูกต้องคอยดูมือดูเท้า ดูว่าบวมไหม สีสันเปลี่ยนไหม แล้วถามคนไข้ถ้าสื่อสารได้” (ID02)

ข้อมูลสะท้อนว่า พยาบาลตระหนักว่าการผูกยึดไม่ใช่การดำเนินการเพียงครั้งเดียวแล้วปล่อยไว้ แต่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่องว่าผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ความถี่ของการติดตามอาจแตกต่างกันตามจำนวนผู้ป่วย ภาระงาน และประสบการณ์ของบุคลากร เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดความถี่ของ Monitoring อย่างชัดเจน

การประเมินซ้ำระหว่างการผูกยึด (Reassessment During Restraint)

การประเมินซ้ำเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้มั่นใจว่าการผูกยึดยังคงมีความจำเป็นและเหมาะสม โดยพยาบาลจะประเมินหลายด้าน ได้แก่ ความจำเป็นในการคงการผูกยึด ระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถรับรู้สถานการณ์ สื่อสารได้ ให้ความร่วมมือ ควบคุมตนเองได้ หรือไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดึงสาย พยายามลงจากเตียง หรือก้าวร้าว จะนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการพิจารณาลดระดับหรือยุติการผูกยึด

“หลังจากผูกแล้วต้องดูว่าอาการดีขึ้นไหม ถ้าคนไข้สงบ ทำตามคำสั่งได้ ก็ต้องพิจารณาเอาออก”
(ID05)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การประเมินซ้ำยังขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละราย เนื่องจากขาดแบบประเมินหรือ Checklist ที่กำหนดองค์ประกอบและความถี่ในการประเมินอย่างเป็นระบบ

การบันทึกข้อมูลการผูกยึด (Documentation)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การบันทึกข้อมูลเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด โดยครอบคลุมข้อบ่งชี้ในการผูกยึด เหตุผลของการใช้ ตำแหน่งที่ผูก อุปกรณ์ที่ใช้ ผลการประเมินระหว่างการผูกยึด รวมถึงการสื่อสารกับแพทย์และญาติ

การบันทึกช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล เป็นหลักฐานแสดงความเหมาะสมของการใช้การผูกยึด และช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถทบทวนความจำเป็นในการใช้การผูกยึดได้

“ยังไม่มีแบบฟอร์มเฉพาะ ทุกคนก็จะบันทึกตามที่ตัวเองเข้าใจ” (ID05)

อย่างไรก็ตาม พบว่ารูปแบบและรายละเอียดของการบันทึกยังแตกต่างกันระหว่างบุคลากร โดยบางครั้งมีการบันทึกเฉพาะข้อมูลที่เป็นเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน ดังนั้นจึงควรพัฒนาแบบบันทึกมาตรฐาน เช่น Restraint Flow Sheet เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนและตรวจสอบได้

เกณฑ์การยุติการผูกยึด (Criteria for Discontinuation)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การยุติการผูกยึดไม่ได้กำหนดจากระยะเวลาที่แน่นอน แต่ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของอาการและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากหลายองค์ประกอบ ได้แก่

1. ระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ดีขึ้น (Improved Consciousness and Orientation)
 - ผู้ป่วยสามารถรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และเข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น
2. พฤติกรรมเสี่ยงลดลง (Reduced Risk Behaviors)
 - ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมตึงสาย พยายามลงจากเตียงต่อต้านการรักษา หรือก้าวร้าว
3. สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษา (Ability to Cooperate)
 - ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำสั่งและควบคุมตนเองได้
4. ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องผูกยึดต่อ (Absence of Continued Indication)
 - เมื่อความเสี่ยงหมดไป ควรยุติการผูกยึดทันที

“การผูกมัดไม่ได้กำหนดว่าต้องกี่ชั่วโมง ต้องดูอาการ ถ้าหมดความเสี่ยงก็เอาออก”

(ID05)

ในบางกรณี พยาบาลอาจใช้วิธีทดลองลดระดับการผูกมัด (Trial Release) โดยปลดอุปกรณ์บางส่วน และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อนยุติอย่างสมบูรณ์

อย่างไรก็ตาม การกำหนดเกณฑ์ยุติการผูกมัดยังไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้การตัดสินใจขึ้นกับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลเป็นหลัก

สรุป การปฏิบัติระหว่างการผูกมัด (During Restraint)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การปฏิบัติระหว่างการผูกมัดประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1) วิธีการผูกมัด (Restraint Technique)
- 2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกมัด (Restraint Equipment)
- 3) การรองผ้าเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ (Protective Padding)
- 4) การติดตามเฝ้าระวัง (Monitoring)
- 5) การประเมินซ้ำ (Reassessment)
- 6) การบันทึกข้อมูล (Documentation) และ
- 7) เกณฑ์การยุติการผูกมัด (Criteria for Discontinuation)

โดยพยาบาลให้ความสำคัญกับการใช้การผูกมัดอย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และยุติการผูกมัดทันทีเมื่อหมดความจำเป็น อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติยังขาดมาตรฐานร่วมในด้านเทคนิคการผูกมัด ความถี่ในการ Monitoring แบบบันทึก และเกณฑ์การยุติการผูกมัด ดังนั้นควรพัฒนา **Standardized Physical Restraint Protocol** ที่ครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกวิธีการผูกมัด การเลือกใช้อุปกรณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามประเมินซ้ำ การบันทึกข้อมูล และ Algorithm สำหรับการลดระดับหรือยุติการผูกมัด เพื่อส่งเสริม Patient Safety และลดการใช้การผูกมัดเกินความจำเป็น

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด (Impact and Complications of Physical Restraint)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่า การผูกมัดเป็นมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพลัดตกจากเตียง หรือพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างไรก็ตาม การใช้การผูกมัดอาจก่อให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนในหลายมิติ ทั้งต่อผู้ป่วย บุคลากร กระบวนการรักษา และองค์กร หากไม่ได้รับการประเมินความจำเป็น การเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถจำแนกผลกระทบจากการผูกมัดออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผลกระทบต่อผู้ป่วย (Patient-related Impact) (2) ผลกระทบต่อการรักษา (Treatment-related Impact) (3) ผลกระทบต่อบุคลากร (Staff-related Impact) และ (4) ผลกระทบต่อองค์กร (Organization-related Impact)

ผลกระทบต่อผู้ป่วย (Patient-related Impact)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พบว่า การผูกยึดอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีผิวหนังเปราะบาง หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเป็นเวลานาน เนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหวและแรงกดจากอุปกรณ์อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การบาดเจ็บบริเวณข้อมือ และการบาดเจ็บบริเวณรักแร้

1) แผลกดทับ (Pressure Injury)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้จากการผูกยึด โดยเฉพาะเมื่ออุปกรณ์สัมผัสกับผิวหนังโดยตรง มีแรงกดมากเกินไป หรือไม่มีการรองวัสดุป้องกันบริเวณที่ผูกยึด ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีผิวหนังบางและความสามารถในการรับรู้สึกลดลง

พยาบาลจึงให้ความสำคัญกับการประเมินบริเวณที่ผูกยึด เช่น การตรวจหารอยแดง รอยซ้ำ ผิวหนังถลอก หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนัง รวมถึงการรองผ้าหรือวัสดุนุ่มเพื่อลดแรงกดและการเสียดสี

“บางรายผูกนาน ๆ จะมีรอยแดงหรือเป็นแผล โดยเฉพาะคนสูงอายุ ผิวหนังบาง ต้องคอยดูตลอด” (ID03)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การป้องกันแผลกดทับยังขึ้นกับความตระหนักและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละราย เนื่องจากยังไม่มีแนวทางมาตรฐานที่กำหนดความถี่ในการประเมินผิวหนังและวิธีการป้องกันอย่างชัดเจน

2) การบาดเจ็บบริเวณข้อมือ (Wrist Injury)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ข้อมือเป็นตำแหน่งที่มีการผูกยึดบ่อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมีพฤติกรรมดึงสายให้น้ำเกลือ สายสวน หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้บริเวณดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยกดทับ บวม ช้ำ หรือการไหลเวียนเลือดผิดปกติ หากอุปกรณ์รัดแน่นเกินไปหรือไม่ได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม

“ส่วนใหญ่จะผูกข้อมือ เพราะคนใช้ชอบดึงสาย แต่ต้องระวังไม่ให้รัดแน่น เพราะบางคนมือบวมขึ้นได้” (ID01)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า พยาบาลมีการประเมิน Neurovascular Status อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สีผิว อุณหภูมิ ความรู้สึก การเคลื่อนไหว และการไหลเวียนเลือดบริเวณปลายมือ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด

3) การบาดเจ็บบริเวณรักแร้ (Axillary Injury)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต่อต้านหรือดื้อรั้นแรง อาจเกิดแรงดึงบริเวณแขน ไหล่ และรักแร้ โดยเฉพาะเมื่อมีการจัดทำหรือใช้อุปกรณ์ผูกยึดที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการเจ็บ การกดทับ หรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าว

“บางคนดื้อมาก ถ้าอุปกรณ์ไปดึงบริเวณแขนหรือไหล่ อาจทำให้เจ็บหรือมีรอยบริเวณรักแร้ได้”
(ID03)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า การจัดทำผู้ป่วย ตำแหน่งของอุปกรณ์ และระดับความตึงของสายรัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด Axillary Injury

ผลกระทบต่อการรักษา (Treatment-related Impact)

นอกจากผลกระทบทางร่างกายแล้ว การผูกยึดยังอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยของ กระบวนการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน กระสับกระส่าย หรือไม่เข้าใจสถานการณ์ ซึ่งอาจยังคงมี พฤติกรรมเสี่ยงแม้ได้รับการผูกยึดแล้ว

1) การดึงสายสารน้ำและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Pull IV and Medical Device Dislodgement)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เหตุผลสำคัญของการผูกยึดคือการป้องกันผู้ป่วยดึงสายอุปกรณ์ แต่ในบางรายที่มี ภาวะสับสนหรือกระวนกระวายสูง ยังคงสามารถพยายามดึงสาย ส่งผลให้เกิดการหลุดของสายน้ำเกลือ สายสวน หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการรักษา

“บางคนถึงผูกแล้วก็ยังพยายามดึง เพราะไม่เข้าใจว่ามีสายอยู่ อาจทำให้สายน้ำเกลือหลุดได้”
(ID01)

ข้อมูลสะท้อนว่า การผูกยึดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงได้ทั้งหมด จำเป็นต้องใช้ มาตรการร่วม เช่น การสื่อสาร การดูแลใกล้ชิด และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

2) การพลัดตกหกล้ม (Fall)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แม้ว่าการผูกยึดมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการตกเตียง แต่หากผู้ป่วยพยายามลุกขึ้น หรือดิ้นต่อต้านขณะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียดสีและเกิดการพลัดตกหกล้มได้

“บางคนพยายามลุกทั้งที่ยังผูกอยู่ ถ้าไม่ทันดูอาจตกเตียงได้” (ID04)

ดังนั้น การป้องกัน Fall ในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดจำเป็นต้องดำเนินการร่วมกับมาตรการอื่น เช่น การจัดเตียง การประเมินความเสี่ยง และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

3) การหลบหนีหรือออกจากพื้นที่ดูแล (Escape)

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน เพื่อ หรือถอนสุรา อาจมีพฤติกรรมพยายามออกจากเตียง หรือออกจากพื้นที่ดูแล แม้ได้รับการผูกมัด เนื่องจากไม่เข้าใจเหตุผลของการรักษาหรือเกิดความรู้สึกต่อต้าน

“คนไข้บางรายสับสนมาก พยายามออกจากเตียงหรือเดินหนี ต้องเฝ้าระวังตลอด”

(ID03)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า การป้องกัน Escape จำเป็นต้องมุ่งแก้ไขสาเหตุของพฤติกรรมร่วมกับการใช้มาตรการด้านความปลอดภัย ไม่ควรใช้การผูกมัดเป็นแนวทางหลักเพียงอย่างเดียว

ผลกระทบต่อบุคลากร (Staff-related Impact)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การผูกมัดส่งผลกระทบต่อบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความรุนแรง ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ความเครียด และภาระงานในการดูแล

1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Patient)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ผู้ป่วยบางรายที่ต้องได้รับการผูกมัด เช่น ผู้ป่วยสับสน เพื่อ หรือถอนสุรา อาจมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ หรือดื้อรั้นรุนแรง ทำให้การดำเนินการผูกมัดมีความซับซ้อนและต้องใช้อุบัติการณ์หลายครั้งร่วมกัน

“ถ้าคนไข้ดื้อมาก ก้าวร้าว จะทำคนเดียวไม่ได้ ต้องเรียกคนมาช่วย” (ID03)

ข้อมูลสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร การควบคุมสถานการณ์ และการทำงานเป็นทีม เพื่อป้องกันอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากร

2) ความรุนแรงต่อบุคลากร (Violence)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ระหว่างการควบคุมและผูกมัด ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงอาจทำให้บุคลากรได้รับบาดเจ็บ เช่น ถูกตี ผลัก เตะ หรือกัด โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

“บางครั้งคนไข้ไม่รู้ตัวว่าทำอะไร เวลาจะเข้าไปดูหรือจับอาจถูกตีหรือผลักได้” (ID05)

ดังนั้น การจัดการผู้ป่วยที่มีความรุนแรงจำเป็นต้องมีระบบความปลอดภัยสำหรับบุคลากร เช่น การฝึกอบรม การทำงานเป็นทีม และแนวทางการควบคุมสถานการณ์อย่างเหมาะสม

ผลกระทบต่อองค์กร (Organization-related Impact)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การผูกมัดอาจส่งผลกระทบต่อองค์กรในด้านความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ภาพลักษณ์ของหน่วยงาน และความเสียงด้านกฎหมาย เนื่องจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วย

1) ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ (Complaint)

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ญาติบางรายอาจเกิดความไม่เข้าใจหรือไม่ยอมรับเมื่อเห็นผู้ป่วยถูกผูกมัด หากไม่ได้รับคำอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นอย่างเหมาะสม

“บางครั้งญาติจะตกใจ เห็นคนไข้ถูกผูกมัดก็ถามว่าทำไมต้องผูก ต้องอธิบายว่าเพื่อป้องกันอันตราย ไม่ใช่การลงโทษ” (ID03)

ข้อมูลสะท้อนว่า การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน มีบทบาทสำคัญในการลดข้อร้องเรียนและสร้างความเข้าใจร่วมกัน

2) ประเด็นทางกฎหมาย (Legal Issue)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การผูกมัดเป็นการจำกัดสิทธิของผู้ป่วย หากดำเนินการโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม ไม่มีการประเมินซ้ำ หรือไม่หลักฐานการบันทึก อาจนำไปสู่ความเสี่ยงด้านกฎหมายและความรับผิดชอบทางวิชาชีพ

“การผูกมัดต้องมีเหตุผลชัดเจน ถ้าผูกโดยไม่มีความจำเป็นหรือไม่มีการประเมิน อาจมีปัญหาได้” (ID01)

ดังนั้น องค์กรจำเป็นต้องมีแนวทางมาตรฐานในการใช้การผูกมัด ครอบคลุมการประเมินก่อนผูกมัด การติดตาม การบันทึกข้อมูล และเกณฑ์การยุติการผูกมัด เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามหลัก Patient Rights, Patient Safety และ Least Restrictive Practice

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด (Impact and Complications of Physical Restraint)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การผูกมัดเป็นมาตรการที่ช่วยลดความเสี่ยงต่ออันตรายของผู้ป่วย แต่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบหลายระดับ ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย ผลกระทบต่อการรักษาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผลกระทบต่อบุคลากรจากการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าวและความรุนแรง และผลกระทบต่อองค์กรจากข้อร้องเรียนและความเสี่ยงทางกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม การจัดการผลกระทบดังกล่าวยังขึ้นกับประสบการณ์ของบุคลากรเป็นหลัก และยังขาดแนวทางมาตรฐานที่ครอบคลุม ดังนั้นจึงควรพัฒนา **Comprehensive Physical Restraint Safety Guideline** ที่ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลความปลอดภัยของบุคลากร ระบบบันทึกข้อมูล และการกำกับดูแลระดับองค์กร เพื่อให้การใช้การผูกมัดเป็นไปอย่างเหมาะสมปลอดภัย และสอดคล้องกับหลักสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมทางการแพทย์

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การผูกมัด (Factors Influencing Physical Restraint Use: System Factors)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย พบว่า การใช้การผูกมัดในหอผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient Factors) และปัจจัยเชิงระบบ (System Factors) ที่เกี่ยวข้องกับบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคลากร (Human Factors) ระบบการปฏิบัติงาน (Organizational and Practice System Factors) ทรัพยากรสนับสนุน (Resource Factors) และสมรรถนะของบุคลากร (Competency Factors) ซึ่งมีอิทธิพลต่อกระบวนการประเมินความเสี่ยง การตัดสินใจเลือกใช้มาตรการทางเลือก การเริ่มต้นใช้การผูกมัด ตลอดจนการติดตามประเมินและการพิจารณายุติการผูกมัด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แม้ว่าการผูกมัดจะมีเป้าหมายหลักเพื่อป้องกันอันตรายและรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่บริบทของระบบบริการ เช่น จำนวนบุคลากร ภาระงาน ความพร้อมของแนวทางปฏิบัติ และระดับสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน อาจส่งผลต่อการตัดสินใจใช้การผูกมัดทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยในบางสถานการณ์ข้อจำกัดของระบบอาจเพิ่มโอกาสให้เกิดการใช้การผูกมัดเพื่อควบคุมความเสี่ยงอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยเชิงระบบจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางลดการใช้การผูกมัดที่ไม่จำเป็น และส่งเสริมการใช้การผูกมัดอย่างเหมาะสมตามหลัก Least Restraint และ Patient Safety

ปัจจัยด้านบุคลากร (Human Factors)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการใช้การผูกมัด เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทในการประเมินพฤติกรรม ความเสี่ยง และเลือกแนวทางการจัดการผู้ป่วยก่อนการตัดสินใจใช้การผูกมัด โดยปัจจัยด้านบุคลากรที่พบ ได้แก่ ภาระงานของพยาบาล (Workload) อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย (Nurse–Patient Ratio) และประสบการณ์ของพยาบาล (Nursing Experience)

1. ภาระงานของพยาบาล (Workload)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ภาระงานของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วย Delirium, Alcohol Withdrawal หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการติดตามพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด หากพยาบาลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจำนวนมากหรือมีภาระงานสูง อาจทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีข้อจำกัดในการใช้มาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด เช่น การพูดคุย การกระตุ้นการรับรู้ การเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการเฝ้าระวังแบบใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ในสถานการณ์ที่มีภาระงานสูง การผูกมัดอาจถูกพิจารณาเป็นมาตรการเพื่อเพิ่มความปลอดภัย เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะลุดจากเตียง ดึงสายหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ขณะที่พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่น

“บางช่วงคนไข้เยอะ ต้องดูแลหลายเตียง ถ้ามีคนไข้ล้นสนหลายคน การดูแลใกล้ชิดอาจทำได้ยาก”

(ID02)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า Workload เป็นปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อโอกาสในการใช้มาตรการที่จำกัดเสรีภาพน้อยกว่า ดังนั้น การบริหารภาระงานและการจัดสรรกำลังคนที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการใช้การผูกมัดที่เกิดจากข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร

2. อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย (Nurse–Patient Ratio)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า จำนวนพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยมีผลโดยตรงต่อระดับการเฝ้าระวังและความสามารถในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีจำนวนบุคลากรลดลง เช่น เวรป่วยและเวรดึก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เมื่ออัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม พยาบาลอาจไม่สามารถจัดเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ใช้มาตรการลดความกระวนกระวาย หรือให้การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้การผูกมัดอาจถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

“ถ้ามีเจ้าหน้าที่เพียงพอ เราจะสามารถนั่งดู พุดคุย หรือช่วยเบี่ยงเบนพฤติกรรมได้มากกว่า”

(ID03)

ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า Nurse–Patient Ratio เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อคุณภาพของการเฝ้าระวังและการตัดสินใจใช้การผูกมัด ดังนั้น การจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดการใช้การผูกมัด

3. ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของพยาบาล (Nursing Experience)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ประสบการณ์ของพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจใช้การผูกมัด โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สามารถประเมินสัญญาณเตือนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น Delirium หรือ Alcohol Withdrawal ได้รวดเร็ว รวมทั้งสามารถคาดการณ์พฤติกรรมที่อาจนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และวางแผนป้องกันล่วงหน้าได้

ในทางตรงกันข้าม พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยอาจมีข้อจำกัดด้าน Clinical Judgment และต้องอาศัยคำแนะนำจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ซึ่งอาจทำให้เกิดความแตกต่างในการประเมินและการตัดสินใจใช้การผูกมัด

“คนที่มีประสบการณ์จะดูออกกว่าคนไข้เริ่มมีอาการก่อนที่จะรุนแรง เช่น เริ่มสับสน กระสับกระส่าย” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพของการตัดสินใจทางคลินิก จึงควรมีระบบพัฒนาความสามารถของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการประเมินและจัดการผู้ป่วย

ปัจจัยด้านระบบและแนวทางปฏิบัติ (Organizational and Practice System Factors)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระบบการปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยมีผลต่อกระบวนการใช้การผูกมัด โดยเฉพาะการขาดแนวทางมาตรฐาน ความแตกต่างของแนวทางปฏิบัติ และระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร ซึ่งส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยในการดูแล

1. การขาดแนวทางมาตรฐานในการใช้การผูกมัด (No Standardized Guideline)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่า ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางมาตรฐานที่กำหนดขั้นตอนการใช้การผูกมัด อย่างชัดเจน ตั้งแต่การประเมินก่อนผูกมัด ข้อบ่งชี้ในการเริ่มใช้ วิธีเลือกอุปกรณ์ การติดตามประเมิน การบันทึก ข้อมูล และเกณฑ์การยุติการผูกมัด

การไม่มีแนวทางดังกล่าวทำให้การปฏิบัติขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของพยาบาลแต่ละราย ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการดูแล

“ตอนนี้ยังไม่มีแนวทางชัดเจนว่าต้องประเมินอะไรบ้างก่อนผูก หรือเมื่อไรควรเอาออก ส่วนใหญ่ใช้ ประสบการณ์ของแต่ละคน” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนา Standardized Physical Restraint Protocol เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ

2. ความแตกต่างของแนวทางปฏิบัติ (Practice Variation)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การไม่มีเกณฑ์มาตรฐานร่วมกันทำให้บุคลากรแต่ละรายมีแนวทางปฏิบัติ แตกต่างกัน ทั้งในด้านการประเมินความเสี่ยง การเลือกใช้มาตรการทางเลือก การเริ่มผูกมัด และการพิจารณา ถอดการผูกมัด

“บางคนเห็นว่ายังพออยู่ได้ แต่บางคนอาจตัดสินใจผูก เพราะไม่มีเกณฑ์เดียวกัน” (ID04)

ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้บุคลากรใช้ เกณฑ์เดียวกันและลดความแปรปรวนในการดูแล

3. การส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร (Handover Communication)

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการส่งต่อข้อมูลระหว่างเวร เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการผูกมัด พฤติกรรมเสี่ยง ผลการประเมิน และแผนการลดระดับการผูกมัด มีผลต่อการตัดสินใจของทีมพยาบาลเวรถัดไป หากข้อมูลไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดการคงการผูกมัดต่อเนื่องโดยไม่มีการทบทวนความจำเป็น อย่างเหมาะสม

“บางครั้งเวรต่อไปต้องมาประเมินใหม่ เพราะข้อมูลเดิมอาจไม่ได้บอกละเอียดว่าทำไมถึงผูก”
(ID03)

ดังนั้น การพัฒนา Restraint Handover Checklist จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มความต่อเนื่อง และความปลอดภัย

ปัจจัยด้านทรัพยากร (Resource Factors)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ความพร้อมของทรัพยากรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยของการใช้ การผูกมัด โดยประกอบด้วยความพร้อมของอุปกรณ์และข้อจำกัดด้านงบประมาณ

1. ความพร้อมของอุปกรณ์ผูกมัด (Equipment Availability)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า อุปกรณ์ผูกมัดที่มีคุณภาพ เช่น วัสดุนุ่ม ลดแรงกด และเหมาะสมกับผู้ป่วย มีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การบาดเจ็บของผิวหนังหรือการกดทับ

อย่างไรก็ตาม หากอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด บุคลากรอาจต้องใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ ส่งผลให้ต้องเพิ่มความถี่ในการติดตามและประเมินความปลอดภัย

“บางครั้งอุปกรณ์ไม่พอ ต้องเลือกใช้ของที่มี แต่ต้องคอยดูมากขึ้น” (ID05)

2. ข้อจำกัดด้านงบประมาณ (Budget Limitation)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า งบประมาณมีผลต่อความสามารถของหน่วยงานในการพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ การจัดอบรมบุคลากร การพัฒนาแนวทางมาตรฐาน และเครื่องมือประเมินความเสี่ยง

ข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบการใช้การผูกมัดให้มีคุณภาพ แม้ว่า บุคลากรจะตระหนักถึงสำคัญของ Patient Safety

ปัจจัยด้านสมรรถนะของบุคลากร (Competency Factors)

ผลการวิเคราะห์พบว่า สมรรถนะของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพของกระบวนการใช้ การผูกมัด ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การเลือกมาตรการทางเลือก การปฏิบัติระหว่างการผูกมัด และการประเมิน เพื่อยุติการผูกมัด

1. การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ (Training)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การฝึกอบรมอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และทักษะของพยาบาลในการใช้การผูกมัดอย่างปลอดภัย โดยควรครอบคลุมข้อบ่งชี้ หลัก Least Restrictive Intervention เทคนิคการผูกมัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการติดตามประเมินผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันบุคลากรบางส่วนเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าการได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ

“ส่วนใหญ่เรียนรู้จากการทำงานจริง ยังไม่ได้มีการอบรมเฉพาะเรื่องการผูกมัดบ่อยๆ” (ID02)

ดังนั้น ควรพัฒนา Standardized Training Program และ Simulation-based Training เพื่อสร้างมาตรฐานสมรรถนะ

2. การเรียนรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์ (Learning from Senior Nurses)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การเรียนรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาทักษะ โดยเฉพาะการประเมินสถานการณ์ซับซ้อน เช่น Delirium และ Alcohol Withdrawal

พยาบาลอาวุโสสามารถถ่ายทอดทักษะด้าน Clinical Judgment การสังเกตสัญญาณเตือน และเทคนิคการสื่อสารเพื่อลดความรุนแรงให้แก่บุคลากรรุ่นใหม่

“ถ้าเป็นเคสยาก ๆ จะต้องปรึกษาพี่ที่มีประสบการณ์ เพราะเขาจะดูออกกว่าควรจัดการอย่างไร” (ID03)

อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้จากบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดความแตกต่างของแนวทางปฏิบัติ จึงควรพัฒนาระบบ Mentorship หรือ Preceptor System ให้เป็นรูปธรรม

สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การผูกมัด (Factors Influencing Physical Restraint Use: System Factors)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การใช้การผูกมัดเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยเชิงระบบ โดยปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ภาระงาน อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย และประสบการณ์ของพยาบาล มีผลต่อความสามารถในการเฝ้าระวังและการตัดสินใจทางคลินิก ขณะที่ปัจจัยด้านระบบ ได้แก่ การขาดแนวทางมาตรฐาน ความแตกต่างของการปฏิบัติ และการส่งต่อข้อมูล มีผลต่อความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการดูแล ส่วนปัจจัยด้านทรัพยากรและสมรรถนะของบุคลากรเป็นองค์ประกอบสนับสนุนที่กำหนดความปลอดภัยของกระบวนการใช้การผูกมัด

ดังนั้น การพัฒนาระบบการใช้การผูกมัดอย่างมีคุณภาพควรมุ่งเน้นการสร้าง Standardized Physical Restraint Protocol, Pre-restraint Assessment Tool, Decision-making Algorithm,

Restraint Handover Checklist, Competency-based Training Program และ Mentorship System เพื่อให้การผูกมัดถูกใช้เฉพาะเมื่อมีความจำเป็น ภายใต้หลัก Least Restrictive Intervention, Patient Safety และ Ethical Nursing Practice และลดความแตกต่างของการปฏิบัติที่เกิดจากข้อจำกัดของระบบ

การสื่อสารและประเด็นด้านจริยธรรม (Communication and Ethical Considerations)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย พบว่า กระบวนการใช้การผูกมัดไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านความปลอดภัยทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับมิติด้านการสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนประเด็นด้านจริยธรรมและกฎหมาย โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการตัดสินใจใช้การผูกมัดจำเป็นต้องดำเนินการภายใต้หลักการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) สิทธิของผู้ป่วย (Patient Rights) และหลักการใช้การจำกัดเสรีภาพเท่าที่จำเป็น (Least Restrictive Intervention)

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับญาติ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลและเป้าหมายของการผูกมัด การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมถึงการตระหนักถึงข้อกังวลด้านจริยธรรม เช่น การจำกัดอิสรภาพของผู้ป่วย ความรู้สึกผิดของบุคลากร และความเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการดำเนินการอย่างถูกต้องตามหลักกฎหมายและการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนเพื่อคุ้มครองทั้งผู้ป่วยและบุคลากร

การสื่อสารกับครอบครัว (Family Communication)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับญาติหรือครอบครัวก่อนและระหว่างการใช้การผูกมัด โดยมองว่าญาติเป็นส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน Delirium, Dementia หรือ Alcohol Withdrawal ซึ่งอาจไม่สามารถเข้าใจเหตุผลของการรักษาหรือให้ความร่วมมือได้

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ก่อนดำเนินการผูกมัด พยาบาลมักอธิบายสถานการณ์ให้ญาติเข้าใจถึงสาเหตุที่ต้องพิจารณาใช้การผูกมัด เช่น ความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง การดึงสายหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โดยเน้นย้ำว่าการผูกมัดมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตราย ไม่ใช่เป็นการลงโทษหรือควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย

“ต้องอธิบายญาติก่อน ให้เข้าใจว่าที่ต้องผูกเพราะป้องกันอันตราย ไม่ใช่การลงโทษผู้ป่วย” (ID03)

นอกจากนี้ ญาติยังมีบทบาทเป็นมาตรการทางเลือกก่อนการผูกมัด โดยการอยู่ดูแล ให้กำลังใจ หรือช่วยกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งอาจช่วยลดความกระวนกระวายและลดความจำเป็นในการใช้การผูกมัด

“ถ้ามีญาติเฝ้าและช่วยดูแลได้ ก็สามารถลดการผูกมัดได้” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การสื่อสารกับครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเข้าใจ ลดความขัดแย้ง และส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

การขอความยินยอม (Consent)

ผลการวิเคราะห์พบว่า การขอความยินยอมก่อนการใช้การผูกมัดเป็นประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญ แต่มีความซับซ้อนในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการพิจารณาผูกมัดมักมีภาวะบกพร่องด้านการรับรู้ เช่น Delirium, Dementia หรือมีภาวะสับสน ทำให้ไม่สามารถเข้าใจข้อมูล ประเมินสถานการณ์ หรือให้ความยินยอมได้อย่างสมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้และสื่อสารได้ พยาบาลจะพยายามอธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้ผู้ป่วยเข้าใจ และขอความร่วมมือในการดูแล แต่หากผู้ป่วยมีภาวะขาดความสามารถในการตัดสินใจ การดำเนินการมักอาศัยการตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Best Interest Decision) ร่วมกับการประสานแพทย์และญาติ

“ถ้าคนไข้ยังพอเข้าใจ เราจะอธิบายก่อนว่าทำเพื่อความปลอดภัย แต่ถ้าสับสนมากก็ต้องดูความปลอดภัยเป็นหลัก” (ID02)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการขอความยินยอม การบันทึกการสื่อสารกับญาติ หรือกระบวนการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถในการให้ความยินยอม

ผลการวิเคราะห์สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทาง Consent Process สำหรับการใช้การผูกมัด เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามหลักสิทธิผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพ

การตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision Making)

ผลการวิเคราะห์พบว่า การตัดสินใจใช้การผูกมัดไม่ได้เป็นการตัดสินใจของบุคลากรเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย ได้แก่ พยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย (เมื่อสามารถตัดสินใจได้) และครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสถานการณ์และนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง รวมถึงผลกระทบของทางเลือกต่าง ๆ ให้ทีมสุขภาพและญาติรับทราบ เพื่อร่วมกันพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ การตัดสินใจมักดำเนินการร่วมกับแพทย์ โดยพิจารณาถึงความจำเป็น ประโยชน์ และความเสี่ยงของการผูกมัด

“พยาบาลประเมินก่อน ถ้าเห็นว่ามีความเสี่ยงก็ต้องรายงานแพทย์และคุยกับทีม” (ID01)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า Shared Decision Making เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยสร้างความโปร่งใส ลดความขัดแย้ง และสนับสนุนการใช้การผูกมัดอย่างมีเหตุผล

ประเด็นด้านจริยธรรม (Ethical Concerns)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประเด็นด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้การผูกมัด โดยเฉพาะความขัดแย้งระหว่างหลักการปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วยกับหลักการเคารพสิทธิและเสรีภาพของบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แม้ว่าการผูกมัดมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตราย แต่เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว และอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกถูกควบคุม สูญเสียศักดิ์ศรี หรือเกิดความทุกข์ทางจิตใจ ดังนั้น การตัดสินใจใช้การผูกมัดจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและใช้เมื่อมีความจำเป็นจริงเท่านั้น

ประเด็นทางจริยธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ได้แก่

- การใช้การผูกมัดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน
- การใช้การผูกมัดเพื่อความสะดวกของบุคลากรแทนเหตุผลด้านความปลอดภัย
- การขาดการประเมินซ้ำเพื่อพิจารณายุติการผูกมัด
- การรักษาศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

“บางครั้งเรารู้สึกว่าการผูกมัดเป็นการจำกัดเขา แต่ถ้าไม่ทำแล้วเกิดอันตรายก็ต้องเลือกละทิ้งที่ปลอดภัยที่สุด” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า บุคลากรมีความตระหนักถึง Ethical Balance ระหว่าง Patient Safety และ Patient Autonomy ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการใช้การผูกมัดอย่างมีจริยธรรม

ประเด็นด้านกฎหมาย (Legal Concerns)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความกังวลเกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมายและความรับผิดชอบของบุคลากรในการใช้การผูกมัด โดยเฉพาะกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การบาดเจ็บจากการผูกมัด การร้องเรียนจากญาติ หรือการใช้การผูกมัดโดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการคุ้มครองทั้งผู้ป่วยและบุคลากร โดยควรระบุเหตุผลของการผูกมัด ผลการประเมินความเสี่ยง มาตรการทางเลือกที่ดำเนินการก่อนหน้า การติดตามประเมิน และเหตุผลในการยุติการผูกมัด

“ถ้ามีการบันทึกชัดเจนว่าประเมินอะไร ทำไม่ต้องผูก และติดตามอย่างไร ก็ช่วยป้องกันปัญหาภายหลังได้” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การพัฒนาระบบบันทึกและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยลดความเสี่ยงด้านกฎหมายและส่งเสริมความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ

สรุป การสื่อสารและประเด็นด้านจริยธรรม (Communication and Ethical Considerations)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การใช้การผูกมัดเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับทั้งมิติทางคลินิก จริยธรรม และกฎหมาย โดยการสื่อสารกับครอบครัว การขอความยินยอม การตัดสินใจร่วมกัน การพิจารณาประเด็นด้านจริยธรรม และการคำนึงถึงข้อกำหนดทางกฎหมาย ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพและความเหมาะสมของการใช้การผูกมัด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การใช้การผูกมัดที่ดีไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการควบคุมพฤติกรรม แต่ต้องคำนึงถึงสิทธิศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยควรดำเนินการภายใต้หลัก **Least Restraint, Patient Autonomy, Beneficence, Non-maleficence และ Professional Accountability**

ดังนั้น การพัฒนาระบบการใช้การผูกมัดในอนาคตควรครอบคลุมแนวทางด้านการสื่อสาร เช่น **Family Communication Guideline, Consent Process, Shared Decision-making Framework, Ethical Decision-making Support และ Legal Documentation Checklist** เพื่อให้การใช้การผูกมัดมีความปลอดภัย โปร่งใส เคารพสิทธิผู้ป่วย และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล

ความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้การผูกมัดผู้ป่วย (Need Assessment for Developing Physical Restraint Practice Guideline)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้การผูกมัดผู้ป่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน โดยสะท้อนว่า แม้ว่าพยาบาลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย Delirium, Alcohol Withdrawal และผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน แต่กระบวนการประเมิน การตัดสินใจ การติดตาม และการยุติการผูกมัดยังคงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของบุคลากรแต่ละราย

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า ระบบที่ควรพัฒนาควรครอบคลุมตั้งแต่ **การประเมินก่อนผูกมัด (Pre-restraint Assessment) การบันทึกข้อมูล (Documentation) การติดตามประเมิน (Monitoring) เกณฑ์การยุติการผูกมัด (Discontinuation Criteria) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Training) การสนับสนุนทรัพยากร (Resources) และการจัดทำแนวทางมาตรฐาน เช่น CPG, SOP และ Checklist** เพื่อช่วยในการใช้การผูกมัดเป็นไปอย่างปลอดภัยและสอดคล้องกับหลัก **Least Restraint**

การพัฒนาแบบประเมินก่อนการผูกมัดที่เป็นมาตรฐาน (Standardized Pre-restraint Assessment Tool)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ปัจจุบันการประเมินก่อนการผูกมัดยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์และการประเมินทางคลินิกของตนเอง ส่งผลให้เกณฑ์ในการพิจารณาผูกมัดอาจแตกต่างกันระหว่างบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าควรมีแบบประเมินมาตรฐานที่ช่วยประเมินระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง สาเหตุของพฤติกรรม และมาตรการทางเลือกที่ดำเนินการก่อนผูกมัด

“ตอนนี้ยังไม่มีแบบประเมินที่ชัดเจนว่าก่อนผูกมัดต้องดูอะไรบ้าง ส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนในการตัดสินใจ” (ID05)

“ถ้ามีแบบประเมินเป็นขั้นตอน จะช่วยให้ทุกคนประเมินเหมือนกัน ไม่ใช่ว่าคนหนึ่งเห็นว่าต้องผูก แต่อีกคนเห็นว่ายังควบคุมได้” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การพัฒนา Standardized Pre-restraint Assessment Tool จะช่วยลดความแตกต่างของการประเมิน เพิ่มความโปร่งใสในการตัดสินใจ และสนับสนุนการใช้การผูกมัดเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน

การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลมาตรฐาน (Standardized Documentation System)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดยังมีความแตกต่างกัน โดยบางครั้งบันทึกเพียงว่าผู้ป่วยได้รับการผูกมัด แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดสำคัญ เช่น เหตุผลในการผูกมัด ผลการประเมินก่อนผูกมัด มาตรการทางเลือกที่ใช้ หรือแผนการยุติการผูกมัด

“บางครั้งรับเวรมาเห็นว่าคนไข้ผูกอยู่ แต่ไม่รู้ว่าผูกเพราะอะไร หรือเคยลองวิธีอื่นแล้วหรือยัง ต้องกลับมาประเมินใหม่ทั้งหมด” (ID02)

“ควรมีแบบฟอร์มที่บอกเหตุผลชัดเจนว่าทำไมต้องผูก ประเมินอะไรไปแล้ว และต้องติดตามอย่างไร” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การพัฒนา Standardized Restraint Documentation จะช่วยให้ข้อมูลมีความครบถ้วน สามารถติดตามความเหมาะสมของการใช้การผูกมัด และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างเวร

การพัฒนาระบบติดตามประเมินระหว่างการผูกมัด (Standardized Monitoring Protocol)

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการติดตามประเมินผู้ป่วยระหว่างการผูกมัดยังไม่มีเกณฑ์ที่เป็นระบบ โดยเฉพาะความถี่ในการประเมิน การตรวจสอบตำแหน่งผูกมัด ภาวะแทรกซ้อน และการตอบสนองของผู้ป่วย

“หลังผูกแล้วควรมีรายการให้ประเมินชัดเจน ว่าต้องดูอะไรบ้าง เช่น สีผิว การไหลเวียน แผลกดทับ หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง” (ID03)

“บางครั้งถ้าไม่มี Checklist ก็ขึ้นกับแต่ละคนว่าจะติดตามละเอียดแค่ไหน” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การพัฒนา Monitoring Checklist จะช่วยสร้างมาตรฐานการติดตาม ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

การกำหนดเกณฑ์การลดระดับและยุติการผูกมัด (Standardized Discontinuation Criteria)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการพิจารณาว่าผู้ป่วยควรลดการผูกมัดเมื่อใด ส่งผลให้ระยะเวลาการผูกมัดอาจแตกต่างกันขึ้นกับการประเมินของพยาบาลแต่ละคน

“บางครั้งผูกแล้วก็ไม่แน่ใจว่าจะลดเมื่อไร ต้องดูจากอาการและประสบการณ์ของแต่ละคน” (ID01)

“ควรมีเกณฑ์ว่าถ้าคนไข้รู้เรื่องมากขึ้น ทำตามคำสั่งได้ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็สามารถพิจารณา ลดได้” (ID04)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การกำหนด Discontinuation Criteria จะช่วยลดการผูกมัดที่ต่อเนื่องเกินความจำเป็น และสนับสนุนหลัก Least Restraint

การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรผ่านการอบรม (Staff Training and Competency Development)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า บุคลากรมีความต้องการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้การผูกมัดอย่างเป็นระบบ เนื่องจากปัจจุบันส่วนหนึ่งเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า

“ส่วนใหญ่เรียนรู้จากการทำงานจริง จากพี่ที่อยู่เวรเดียวกัน ยังไม่ได้มีการอบรมเฉพาะเรื่องการผูกมัดอย่างจริงจัง” (ID02)

“ถ้ามีการอบรมเหมือนกันทุกคน จะช่วยให้แนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน” (ID05)

“เคสยาก ๆ เช่น คนไข้ถอนสุรา หรือ Delirium ต้องอาศัยประสบการณ์มาก ถ้ามีการฝึกสถานการณ์จะช่วยให้มั่นใจขึ้น” (ID03)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า ควรพัฒนา Standardized Training Program และ Simulation-based Training เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และ Clinical Judgment ของพยาบาล

การสนับสนุนทรัพยากรและกำลังคน (Resource and Staffing Support)

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การลดการใช้การผูกมัดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งอุปกรณ์ที่เหมาะสมและจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถใช้มาตรการทางเลือก เช่น การเฝ้าระวังใกล้ชิดหรือการพูดคุยได้เต็มที่

“ถ้ามีพยาบาลเพียงพอ เราจะสามารถนั่งดู พูดคุย หรือช่วยเบี่ยงเบนพฤติกรรมได้มากกว่า ไม่ต้องรีบใช้การผูกมัด” (ID03)

“บางครั้งอุปกรณ์ที่เหมาะสมมีไม่พอ ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ แต่ก็ต้องติดตามมากขึ้น” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การจัดสรรกำลังคนและทรัพยากรเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบลดการใช้การผูกมัด

การพัฒนา CPG, SOP และ Checklist (Development of Clinical Practice Guideline, SOP and Checklist)

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นว่าควรมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้บุคลากรทุกระดับใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่การประเมินก่อนผูกมัด การเลือกใช้มาตรการทางเลือก การติดตามประเมิน และการยุติการผูกมัด

“ถ้ามีแนวทางชัดเจน ทุกคนจะรู้ว่าต้องทำอะไรตั้งแต่ก่อนผูก ระหว่างผูก และเมื่อไรควรถอด” (ID04)

“อยากให้ มี SOP หรือ Checklist เพราะจะช่วยลดความแตกต่างของแต่ละคน และทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัยขึ้น” (ID05)

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การพัฒนา Physical Restraint Clinical Practice Guideline (CPG), Standard Operating Procedure (SOP) และ Checklist System เป็นความต้องการสำคัญของบุคลากร และเป็นแนวทางเชิงระบบที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลได้

สรุป ความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้การผูกมัดผู้ป่วย (Need Assessment for Physical Restraint Practice Development)

ผลการศึกษาสะท้อนว่า บุคลากรมีความต้องการเปลี่ยนผ่านจากระบบที่พึ่งพาประสบการณ์ส่วนบุคคลไปสู่ระบบที่มีมาตรฐานและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงประจักษ์ โดยมีความต้องการหลัก ได้แก่

1. Standardized Pre-restraint Assessment Tool
2. Standardized Documentation System
3. Monitoring Protocol และ Checklist
4. Discontinuation Criteria
5. Staff Training และ Competency Development
6. Adequate Staffing และ Equipment Support
7. Physical Restraint CPG, SOP และ Decision-making Checklist

ข้อค้นพบนี้สะท้อน **System Gap** และเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้การผูกมัดผู้ป่วยที่มุ่งลดการใช้โดยไม่จำเป็น เพิ่มความปลอดภัย และสอดคล้องกับหลัก **Least Restraint, Patient Safety และ Ethical Nursing Practice**

Core Theme: แก่นสาระของปรากฏการณ์

“การผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม: กระบวนการตัดสินใจเพื่อความปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดเชิงระบบ และความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน” (*Physical Restraint Use in Medical Ward: A Safety-driven Decision-making Process under System Constraints and the Need for Standardized Practice Development*)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 ราย สะท้อนแก่นสาระของปรากฏการณ์ว่า การผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นกระบวนการตัดสินใจที่มุ่งเน้นการป้องกันอันตรายและรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และกระบวนการรักษา โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยง ตัดสินใจ และดำเนินการมาตรการดูแลก่อนการผูกมัด อย่างไรก็ตาม กระบวนการดังกล่าวยังคงพึ่งพาประสบการณ์และดุลยพินิจทางคลินิกของพยาบาลเป็นหลัก ภายใต้บริบทของข้อจำกัดด้านระบบบริการ ได้แก่ ภาระงานสูง อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ ความแตกต่างของประสบการณ์บุคลากร การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การสื่อสารระหว่างทีมที่ยังไม่เป็นระบบ และข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การพิจารณาใช้การผูกมัดไม่ได้เกิดจากการวินิจฉัยโรคเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจาก การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Risk Assessment) ที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย Delirium, Alcohol Withdrawal, Dementia และผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การลุกจากเตียง การดิ่งสายอุปกรณ์ทางการแพทย์ การไม่ให้ความร่วมมือ การก้าวร้าว หรือการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยพยาบาลพยายามใช้มาตรการทางเลือกที่จำกัดเสรีภาพน้อยกว่า (Less Restrictive Measures) เช่น การกระตุ้นการรับรู้ การสื่อสารลดความรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

และการให้ญาติมีส่วนร่วมก่อนเสมอ อย่างไรก็ตาม เมื่อมาตรการดังกล่าวไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ การผูกมัดจึงถูกนำมาใช้เป็น **มาตรการสุดท้าย (Last Resort)** เพื่อป้องกันอันตราย

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า การใช้การผูกมัดไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านการปฏิบัติทางคลินิก แต่เกี่ยวข้องกับ **มิติด้านจริยธรรม การสื่อสาร และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว** โดยพยาบาลต้องสร้างความเข้าใจกับญาติว่า การผูกมัดมีเป้าหมายเพื่อป้องกันอันตราย ไม่ใช่การลงโทษหรือจำกัดสิทธิของผู้ป่วย ขณะเดียวกัน การตัดสินใจดังกล่าวต้องคำนึงถึงหลักสิทธิผู้ป่วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความสมดุลระหว่างความปลอดภัยกับเสรีภาพของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์สำคัญที่ค้นพบคือ **ช่องว่างเชิงระบบ (System Gap)** ที่ส่งผลต่อความแตกต่างของกระบวนการใช้การผูกมัด ตั้งแต่การประเมินก่อนผูกมัด การตัดสินใจเริ่มผูกมัด การเลือกใช้มาตรการทางเลือก การติดตามประเมินระหว่างผูกมัด การบันทึกข้อมูล และการพิจารณายุติการผูกมัด เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือประเมิน เกณฑ์มาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ทำให้การดูแลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และการเรียนรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์สูง

ดังนั้น แก่นสำคัญของปรากฏการณ์นี้สะท้อนว่า **การพัฒนาระบบการใช้การผูกมัดผู้ป่วยไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการกำหนดวิธีการผูกมัดที่ถูกต้อง แต่ควรมุ่งสร้างระบบการตัดสินใจที่ช่วยให้บุคลากรสามารถประเมินความจำเป็น ใช้มาตรการทางเลือก ลดความเสี่ยง ติดตามความปลอดภัย และยุติการผูกมัดได้อย่างเหมาะสม** ผ่านการพัฒนา **Standardized Physical Restraint Practice Guideline** ที่ครอบคลุมตั้งแต่

- Pre-restraint Assessment Tool เพื่อประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ก่อนผูกมัด
- Alternative Measures Protocol เพื่อส่งเสริมการใช้มาตรการที่จำกัดเสรีภาพน้อยกว่า
- Decision-making Algorithm เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ
- Standardized Documentation and Handover System เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล
- Monitoring Protocol และ Discontinuation Criteria เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ

ลดระยะเวลาการผูกมัด

- **Staff Training และ Competency Development** เพื่อเพิ่มสมรรถนะและลดความแตกต่างของการปฏิบัติ

โดยสรุป **Essence of the Phenomenon** คือ

“การผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นมาตรการด้านความปลอดภัยที่เกิดจากการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจของพยาบาลภายใต้บริบทการดูแลที่ซับซ้อน แต่กระบวนการดังกล่าวยังได้รับอิทธิพลจากข้อจำกัดเชิงระบบและความแตกต่างของประสบการณ์บุคลากร ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนในการประเมิน การตัดสินใจ และการติดตามดูแล ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานบนพื้นฐานของหลัก **Least Restraint, Patient Safety และ Humanized Care** จึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพ ลดการใช้การผูกมัดที่ไม่จำเป็น และสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน”

4.2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดบนรากฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Phase 2-3)

จากความจำเป็นเชิงระบบที่พบ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเข้มงวดตามกระบวนการ EBP โดยอิงตามคำค้นสำคัญ และทำลายช่องว่างคุณสมบัติจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, CINAHL, JBI และ Google Scholar สังเคราะห์หลักฐานวิจัยจำนวน 20 เรื่อง นำมาคัดกรองให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 เพื่อพัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด (Nursing Practice Guideline for Physical Restraint) โดยจัดทำโครงร่างการดูแลออกเป็น 6 โดเมนหลักที่มีขั้นตอนปฏิบัติที่สอดคล้องกับ Patient Safety Goals และจริยธรรมวิชาชีพ ดังต่อไปนี้:

- 1) โดเมนการประเมินข้อบ่งชี้และความจำเป็นก่อนการผูกมัด (Pre-restraint assessment)
 - การประเมินสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว การรับรู้ คัดกรองภาวะเดลิรียมด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และการใช้แบบประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกมัดร่วมกับ Morse Fall Scale เพื่อยืนยันความจำเป็นจริงเชิงคลินิก
- 2) โดเมนการทดลองประยุกต์ใช้มาตรการทางเลือกอื่นที่เป็นลายลักษณ์อักษร (Least restrictive alternatives bundle)
 - การจัดการความเจ็บปวด การสื่อสารเชิงประโลมลดระดับความก้าวร้าว (De-escalation) การปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การเพิ่มการเฝ้าระวัง และการขอความร่วมมือจากครอบครัวในการเฝ้าไข้ข้างเตียง
- 3) โดเมนการทำหัตถการผูกมัดและเลือกใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน (Safe implementation)
 - การใช้สายรัดข้อมือที่มีการรองผ้าหนานุ่ม (Protective Padding) เพื่อลดแรงกดดันและการบาดเจ็บของผิวหนัง การผูกมัดที่ระดับความตึงพอเหมาะให้สามารถสอดนิ้วผ่านได้ 1-2 นิ้วมือ และผูกติดกับโครงสร้างหลักของเตียงพยาบาลเท่านั้น
- 4) โดเมนการเฝ้าระวังและการประเมินสภาพซ้ำระหว่างการผูกมัด (Active monitoring)
 - การติดตามประเมินสัญญาณชีพ สีผิว อุณหภูมิผิวหนัง การไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย (Neurovascular status) และการสลับจุดผูกมัดทุก 2 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ
- 5) โดเมนการคุ้มครองสิทธิ การขอความยินยอม และการบันทึกข้อมูล (Consent and documentation)
 - การอธิบายความจำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การลงนามเอกสารขอความยินยอม (Informed consent) และการบันทึกรายงานการพยาบาลอย่างโปร่งใส ครบถ้วน ตรวจสอบได้บน Flow sheet ประจำเตียง
- 6) โดเมนการประเมินความพร้อมและเกณฑ์เพื่อการยุติการผูกมัด (Discontinuation criteria)
 - การปลดผ้าผูกมัดชั่วคราวเพื่อทำความสะอาดผิวหนังและประเมินซ้ำทุก 2 ชั่วโมง และการทดลองลดระดับ

หรือถอดถอนเครื่องผูกยึดทันทีเมื่อผู้ป่วยสามารถรับรู้ ควบคุมพฤติกรรมตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างปลอดภัย

4.3 ผลการประเมินคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน AGREE II (Phase 3)

เพื่อรับรองความเที่ยงตรงเชิงวิทยาศาสตร์ คุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนา (Methodological quality) และความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในทางคลินิก คณะผู้วิจัยได้จัดส่งร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญอิสระจำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหารายชื่อ โดยได้ค่าดัชนี Content Validity Index สมบูรณ์ (I-CVI = 1.00) ในทุกองค์ประกอบ และให้ทำการประเมินคุณภาพอย่างละเอียดตามกรอบมาตรฐานนานาชาติ AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) ซึ่งผลการคำนวณคะแนนมาตรฐาน (Standardized Domain Score %) ของทั้ง 6 โดเมนหลักอิงตามสูตรการประเมินของ AGREE II จากผู้ประเมินทั้ง 5 ท่าน ปรากฏผลสัมฤทธิ์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามเกณฑ์ AGREE II ($n = 5$)

องค์ประกอบตามเกณฑ์ AGREE II	จำนวน ข้อ	คะแนนที่ได้ (Obtained)	คะแนน ต่ำสุด (Min)	คะแนน สูงสุด (Max)	คะแนน มาตรฐาน (%)
ภาพรวม (Overall Quality Assessment)	23	715	115	805	86.96
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose)	3	99	15	105	88.89
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement)	3	92	15	105	85.56
3. ความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา (Rigour of Development)	8	245	40	280	85.42
4. ความชัดเจนของการนำเสนอ (Clarity of Presentation)	3	96	15	105	90.00

องค์ประกอบตามเกณฑ์ AGREE II	จำนวน ข้อ	คะแนนที่ได้ (Obtained)	คะแนน ต่ำสุด (Min)	คะแนน สูงสุด (Max)	คะแนน มาตรฐาน (%)
5. การนำไปประยุกต์ใช้ (Applicability)	4	120	20	140	83.33
6. ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Editorial Independence)	2	63	10	70	88.33

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีระดับคะแนนมาตรฐานเฉลี่ยรวมทุกโดเมนสูงถึงร้อยละ 86.96 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับ 'คุณภาพสูงมาก' (High-Quality Guideline) โดยโดเมนที่ได้คะแนนประเมินมาตรฐานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โดเมนด้านความชัดเจนของการนำเสนอ (ร้อยละ 90.00) ตามมาด้วยด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ร้อยละ 88.89) และด้านความเป็นอิสระเชิงกระบวนการคัดกรองเนื้อหา (ร้อยละ 88.33) ตามลำดับ สำหรับโดเมนด้านอื่น ๆ มีการรายงานระดับคะแนนที่สม่ำเสมอสอดคล้องกัน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของพหุวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 85.56) ด้านความเข้มงวดทางวิทยาศาสตร์ของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ร้อยละ 85.42) และด้านขีดความสามารถในการประยุกต์ใช้จริงเชิงโครงสร้างการพยาบาล (ร้อยละ 83.33) ซึ่งจัดเป็นโดเมนที่มีคะแนนประเมินน้อยที่สุดเนื่องจากข้อจำกัดบางประการด้านงบประมาณของหน่วยงานและกำลังคนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยหน้างาน อย่างไรก็ตาม คะแนนประเมินของทุกโดเมนที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ถือเป็นข้อพิสูจน์เชิงวิทยาศาสตร์ว่าแนวปฏิบัติฉบับนี้มีคุณภาพเชิงระเบียบวิธี ความสอดคล้องเชิงคลินิก และความพร้อมสมบูรณ์เชิงระบบในการนำไปปฏิบัติใช้จริงในทางคลินิกอย่างยิ่ง

4.4 ลักษณะข้อมูลทั่วไปประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (Phase 4)

ภายหลังจากแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและทดสอบความตรง คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการนำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ไปขับเคลื่อนใช้จริง เป็นเวลานานเฉลี่ยรวม 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยลักษณะประชากรศาสตร์ of the samples แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน และกลุ่มผู้ป่วยเพศชายที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกจำนวน 30 ราย ซึ่งลักษณะข้อมูลทั่วไปจำแนกตามสถิติความถี่และร้อยละ ปรากฏผลสัมฤทธิ์ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ($n = 16$)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
หญิง	16	100.0
อายุ (ปี)		
21–25	6	37.5
26–30	2	12.5
31–35	4	25.0
36–40	2	12.5
41–45	1	6.3
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	1	6.3
ระดับตำแหน่งเชิงวิชาชีพ		
ปฏิบัติการ	11	68.8
ชำนาญการ	5	31.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)	16	100.0
ประวัติการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผุกัด		
เคยผ่านการฝึกอบรม	3	18.8
ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบมาก่อน	13	81.3

จากตารางที่ 2 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมโครงการ $n = 16$ คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับโครงสร้างบุคลากรส่วนใหญ่ในตึกอายุรกรรม เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21–25 ปี ซึ่งเป็นพยาบาลรุ่นเยาว์จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 31–35 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 25.0) ด้านตำแหน่งเชิงวิชาชีพ พบว่าสัดส่วนพยาบาลส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปฏิบัติการ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 68.8) และระดับชำนาญการจำนวน 5 คน (ร้อยละ 31.3) โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่น่าสังเกตอย่างยิ่งคือ สัดส่วน

ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผุ่กยิต พยาบาลถึงร้อยละ 81.3 (13 คน) ระบุชัดเจนว่า ไม่เคยผ่านการอบรมชี้แจงอย่างเป็นกระบวนการก่อนการนำแนวปฏิบัติมาขับเคลื่อนในโครงการวิจัยนี้ ข้อมูลนี้สะท้อนถึงช่องว่างทางความรู้และความมั่นใจ และเน้นย้ำความสำคัญของการจัดโครงการฝึกอบรมสมรรถนะร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	30	100.0
ช่วงอายุ (ปี)		
25–35	1	3.3
36–45	5	16.7
46–55	12	40.0
56–65	5	16.7
มากกว่า 65 ปีขึ้นไป (กลุ่มผู้สูงอายุ)	7	23.3
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัวร่วมอย่างน้อย 1 โรค	22	73.3
ไม่มีโรคประจำตัว	8	26.7
การได้รับยาที่มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง		
ได้รับยากล่อมประสาท/ยาระงับสับสนเฉียบพลัน	17	56.7
ไม่ได้รับยารักษาโรคประสาทส่วนกลาง	13	43.3
ระดับดัชนีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามเกณฑ์ Morse Fall Scale		
ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0–24)	1	3.3
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (คะแนน 25–50)	13	43.3
ความเสี่ยงระดับสูงมาก (คะแนนตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป)	16	53.3

จากตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางคลินิกและประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน $n = 30$ ราย พบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยชาย เมื่อวิเคราะห์การกระจายตัวทางอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนที่มีความกระสับกระส่ายเฉียบพลันและผู้สูงอายุเปราะบาง โดยช่วงอายุ 46–55 ปี มีจำนวนมากที่สุดถึง 12 ราย (ร้อยละ 40.0) และช่วงอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไป (กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นถึงตอนปลาย) มีจำนวนสะสม 12 ราย (ร้อยละ 40.0) ด้านข้อมูลตัวแปรทางคลินิกพบผู้ป่วยถึงร้อยละ 73.3 (22 ราย) เผชิญภาวะโรคร่วมหลายระบบ (Multimorbidity) และร้อยละ 56.7 (17 ราย) อยู่ในระหว่างการบริหารจัดการแผนการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์ระงับประสาทหรือยากล่อมประสาท ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกสำคัญที่เพิ่มโอกาสความรู้สึกรบกวนตัวสับสน เมื่อทำการคัดกรองระดับดัชนีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มก่อนการศึกษาด้วยเกณฑ์สากล Morse Fall Scale พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 53.3 (16 ราย) และความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 43.3 (13 ราย) ซึ่งข้อมูลเชิงสถิตินี้ร่วมยืนยันอย่างประจักษ์ชัดว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นประชากรเปราะบางทางอายุรกรรมที่มีความจำเป็นเชิงรับและสมควรได้รับการคุ้มครองดูแลพยาบาลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอเพียงต่อเพียง

4.5 ผลสัมฤทธิ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ

การเปรียบเทียบประสิทธิผลสัมฤทธิ์ในมิติตัวบุคคล (Provider Outcomes) หลังจากการประยุกต์และนำแนวปฏิบัติไปใช้ปฏิบัติจริงเชิงระบบ คณะผู้วิจัยทำการประเมินเปรียบเทียบตัวแปร 4 มิติ ได้แก่ คะแนนความรู้ความเข้าใจ ทักษะสมรรถนะการพยาบาล อัตราพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาตรฐาน และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติปรากฏรายละเอียดตามส่วนย่อยดังต่อไปนี้

4.5.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

จากการประเมินและเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินข้อบ่งชี้ มาตรการทางเลือก และมาตรฐานหัตถการปฏิบัติที่ปลอดภัยในการผูกมัดผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความรู้จำนวน 9 ข้อ ผ่านการทดสอบเปรียบเทียบทางสถิติก่อน-หลังการทดลองด้วย Paired-samples t-test แสดงผลสัมฤทธิ์ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

($n = 16$)

ระยะการประเมิน	Mean	SD	Mean Diff	95% CI	t	df	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	12.32	1.11					
หลังใช้แนวปฏิบัติ	13.84	0.96	+1.526	0.876 ถึง 2.176	4.933	15	< .001

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มพยาบาลประจำการวิชาชีพ $n = 16$ คน พบว่าช่วงก่อนเริ่มโครงการดำเนินกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพมีระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.32 คะแนน ($SD = 1.11$) ทว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมและประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเฉลี่ย เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็น 13.84 คะแนน ($SD = 0.96$) คิดเป็นสถิติต่างผลสัมฤทธิ์เฉลี่ยขยับขึ้นสูงถึง +1.526 คะแนน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วย Paired-samples t-test พบว่า คะแนนความรู้ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญยิ่งยวดทางสถิติ ($t(15) = 4.933, p < .001, 95\% CI [0.876, 2.176]$) นอกจากนี้ การประเมินค่าความครอบคลุมขนาดอิทธิพล ด้วยสถิติของ *Cohen's d* รายงานค่าสูงเด่นชัดมากถึง 1.13 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลบนรากฐานหลักฐานเชิงประจักษ์มีประสิทธิภาพเชิงประจักษ์สูงมากในการยกระดับองค์ความรู้และการสักระยะคิดเชิงความคุ้นเคยเดิมในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง

4.5.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฏิบัติพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

สำหรับมิติตัวแปรสมรรถนะทักษะการปฏิบัติพยาบาล (Nursing Clinical Skills) เพื่อควบคุมความปลอดภัยของผิวหนังและการบริหารจัดการตำแหน่งผู้ยึดอย่างถูกวิธี คณะผู้วิจัยทำการสังเกตประเมินทักษะของพยาบาลประจำการวิชาชีพจำนวน 16 คน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ และทดสอบความแตกต่างทางสถิติด้วย Paired-samples t-test ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ($n = 16$)

ระยะการประเมิน	Mean	SD	Mean Diff	95% CI	t	df	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	7.00	0.89					
หลังใช้แนวปฏิบัติ	9.13	0.34	+2.13	1.70 ถึง 2.55	10.543	15	< .001

จากตารางที่ 5 ผลการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะเชิงคลินิกของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน พบข้อแตกต่างอย่างเห็นผลชัดเจน โดยก่อนเริ่มโครงการมีคะแนนทักษะเฉลี่ยอยู่เพียงที่ระดับ 7.00 คะแนน (SD

= 0.89) และภายหลังการสถาปนาแนวปฏิบัติพยาบาลเชิงประจักษ์ คะแนนทักษะยับยั้งตัวพุ่งสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเฉลี่ยเป็น 9.13 คะแนน ($SD = 0.34$) ซึ่งคิดเป็นต่างคะแนนเฉลี่ยเชิงสัมพัทธ์ปรับขึ้นสูงสุดถึง +2.13 คะแนน เมื่อทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test รายงานผลยืนยันว่า ทักษะการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญยิ่งยวดทางสถิติ ($t(15) = 10.543, p < .001, 95\% CI [1.70, 2.55]$) ซึ่งสะท้อนเป็นที่ประจักษ์ว่ากิจกรรมพิเศษฝึกปฏิบัติและการเฝ้าประเมินข้างเตียง สามารถปรับระดับความชำนาญ พัฒนาสรีระการทำงาน และยกระดับพฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยหน้าเตียงได้อย่างเป็นมาตรฐานสม่ำเสมอเดียวกัน

4.5.3 ผลการประเมินทักษะพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามรายด้าน

เพื่อวิเคราะห์และเจาะลึกความสม่ำเสมอในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน คณะผู้วิจัยได้นำแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Adherence Checklist) ไปติดตามสังเกตและประเมินผลการดูแลของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 คน โดยจำแนกพฤติกรรมปฏิบัติออกเป็น 4 ด้านหลัก ปรากฏผลสัมฤทธิ์ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามรายด้าน

($n = 16$)

มิติการประเมินทักษะ เชิงปฏิบัติตามเกณฑ์	Mean	SD	Min	Max	ร้อยละของ คะแนนเต็ม	ระดับ การแปลผล
คะแนนรวมเฉลี่ยความ สม่ำเสมอ	1.93	0.04	1.87	1.97	96.88	ระดับสูงมาก
1. ด้านกิจกรรมพยาบาลก่อน การผูกมัด	1.96	0.06	1.88	2.00	98.05	ระดับสูงมาก
2. ด้านกิจกรรมพยาบาล ระหว่างการผูกมัด	1.90	0.03	1.83	1.92	95.05	ระดับสูงมาก
3. ด้านกิจกรรมพยาบาลหลัง คลายการผูกมัด	1.94	0.10	1.67	2.00	96.88	ระดับสูงมาก
4. ด้านพฤติกรรมจริยธรรมและ การรักษาความปลอดภัย	2.00	0.00	2.00	2.00	100.00	ระดับสูงมาก

จากตารางที่ 6 รายงานระดับคะแนนพฤติกรรมความคงมั่นและการปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาล (Compliance & Adherence) ในชีวิตจริงของพยาบาลประจำการวิชาชีพ $n = 16$ คน สูงเฉลี่ยโดดเด่นถึงร้อยละ 96.88 ของคะแนนเต็มเชิงระบบ ($Mean = 1.93, SD = 0.04$) ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานในระดับ 'สูงมากที่สุด' เมื่อวิเคราะห์รายด้านอย่างเป็นระบบ พบรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้ 1) ด้านพฤติกรรมจริยธรรมและการรักษาความปลอดภัย – พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีคะแนนเต็มคิดเป็นร้อยละ 100.00 (2.00 ± 0.00) ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีที่สุด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลประจำการมีพัฒนาการที่ยอดเยี่ยมสูงสุดในการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน เคารพสิทธิสิทธิการขอความยินยอม และไม่มีพฤติกรรมใช้การผูกมัดเพื่อความสะดวกของบุคลากรหรือเป็นการลงโทษผู้ป่วยตามที่มาตรฐานสากลสั่งห้ามอย่างเด็ดขาด 2) ด้านกิจกรรมพยาบาลก่อนการผูกมัด – ได้รับผลประเมินสูงเป็นอันดับสองคิดเป็นร้อยละ 98.05 (1.96 ± 0.06) สะท้อนถึงสมรรถนะในการคัดกรองความจำเป็นและการพิจารณามาตรการทางเลือกร่วมกับครอบครัวอย่างเหมาะสมก่อนเริ่มต้นผูกมัดผู้ป่วยจริง 3) ด้านกิจกรรมพยาบาลหลังคลายการผูกมัด – มีสถิติทักษะเฉลี่ยอยู่สูงที่ร้อยละ 96.88 (1.94 ± 0.10) ซึ่งสะท้อนความสามารถในการประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาสัญญาณพร้อมปล่อยตัวผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ด้านนี้รายงานค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD = 0.10$) ที่สูงกว่าด้านอื่นเล็กน้อย บ่งชี้ถึงรอยต่อของความแปรปรวนในการปฏิบัติตามขั้นตอนระหว่างบุคคลที่ยังมีอยู่บ้างเล็กน้อย และ 4) ด้านกิจกรรมพยาบาลระหว่างการผูกมัด – แม้เป็นมิติการพยาบาลที่รายงานคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดร้อยละ 95.05 (1.90 ± 0.03) ทว่าผลยังจัดอยู่ในเกณฑ์สูงมาก ชี้ให้เห็นถึงความใส่ใจในการติดตามประเมินสัญญาณชีพ สีผิว และการเฝ้าระวังผิวหนัง บวมซ้ำทุก 2 ชั่วโมง แต่อาจเป็นจุดทางคลินิกที่ทีมพยาบาลยังต้องเสริมสร้างกลไกการนิเทศติดตามและสนับสนุนทรัพยากรอุปกรณ์พยางสปริงตัวผ้าเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

4.5.4 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพประจำการต่อการใช้นโยบาย

เพื่อศึกษาการยอมรับของบุคลากรต่อเครื่องมือช่วยประเมินความปลอดภัยของหน่วยงานวิจัย คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินระดับความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพประจำการทั้ง 16 คน หลังสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ ครอบคลุมคำถาม 10 ข้อหลัก (Likert 5 Scale) โดยแสดงระดับคะแนนเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลประจำการต่อแนวปฏิบัติพยาบาล ($n = 16$)

ดัชนีความพึงพอใจ	Mean	SD	การแปลผลระดับ
คะแนนเฉลี่ยรวมสะสมความพึงพอใจทั้งหมด	4.38	0.28	ระดับมาก
1. แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม และเข้าใจง่าย	4.56	0.51	มากที่สุด

ดัชนีความพึงพอใจ	Mean	SD	การแปลผลระดับ
2. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย	4.63	0.50	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติช่วยลดความเสี่ยงหรือการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยได้จริง	4.38	0.50	มาก
4. แนวปฏิบัติช่วยลดความจำเป็นและความถี่ในการใช้การผูกยัด	4.00	0.37	มาก
5. ขั้นตอนในการปฏิบัติตามกระบวนการมีความสะดวกไม่ซับซ้อน	4.38	0.50	มาก
6. พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ปฏิบัติจริงด้วยความมั่นใจ	4.31	0.48	มาก
7. โครงการได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและสหวิชาชีพ	4.31	0.48	มาก
8. โครงสร้างแนวปฏิบัติมีความคุ้มค่าและสามารถประยุกต์ใช้ในระยะยาว	4.38	0.50	มาก
9. แนวปฏิบัติส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยไม่ละเมิดสิทธิ	4.44	0.51	มาก
10. ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น	4.38	0.50	มาก

จากตารางที่ 7 รายงานสถิติคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพประจำการ จำนวน 16 คน มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับ 'มากถึงมากที่สุด' โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมสะสมเท่ากับ 4.38 คะแนน ($SD = 0.28$) จากคะแนนเต็ม 5.00 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงการต้อนรับและการยอมรับเครื่องมือวิจัย ไปขับเคลื่อนอย่างแข็งแกร่ง เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าข้อประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดสองอันดับแรก ได้แก่ ความเหมาะสมสอดคล้องเชิงโครงสร้างต่อบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ($Mean = 4.63, SD = 0.50$) และแนวทางแนวปฏิบัติมีความชัดเจน ลำดับขั้นตอน กระชับ เข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อน ($Mean = 4.56, SD = 0.51$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ หัวข้อด้านความมั่นใจในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพได้รับคะแนนประเมินระดับสูงที่

4.44 ($SD = 0.51$) ในส่วนของหัวข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยประเมินระดับต่ำที่สุด คือ แนวปฏิบัติช่วยลดความถี่ ความจำเป็นในการใช้เครื่องผูกยึดผู้ป่วย ($Mean = 4.00, SD = 0.37$) แต่ผลการประเมินยังคงเกาะกลุ่มอยู่ใน เกณฑ์ระดับมาก ซึ่งข้อมูลความพึงพอใจทั้งหมดชี้แจงไปในทิศทางเดียวกันว่าแนวปฏิบัตินี้ สามารถทำหน้าที่ลด ความซับซ้อนในการประสานงาน แก้ไขปัญหาตรงประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย และพยาบาลยินยอมที่จะนำ แนวปฏิบัติไปพัฒนาต่อยอดในระยะยาว

4.6 ผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

เป้าหมายเชิงลึกสูงสุดของการทำวิจัยเชิงพัฒนาทางพยาบาลและการวิเคราะห์ข้อมูลหน้าเตียง คือ สัมฤทธิ์ผลและผลลัพธ์เชิงประจักษ์ทางคลินิก (Clinical & Patient Safety Outcomes) คณะผู้วิจัยได้ ดำเนินการรวบรวมตัวชี้วัดความปลอดภัยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยทำการ เปรียบเทียบสถิติอัตราสะสมย้อนหลังและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติและหลังการใช้ แนวปฏิบัติ ซึ่งคำนวณสถิติอัตราสะสมเป็นสัดส่วนต่อ 1,000 วันนอนพำนักรของผู้ป่วย (Patient Days) ปรากฏ ผลสัมฤทธิ์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติจริง

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ	ก่อนใช้ (ราย)	ก่อนใช้		หลังใช้	
		(สัดส่วน ต่อ 1,000 วันนอน)	หลังใช้ (ราย)	(สัดส่วน ต่อ 1,000 วันนอน)	อัตราการ เปลี่ยนแปลง
อัตราการตัดสินใจใช้การผูกยึด ผู้ป่วย (Restraint Rate)	18	17.10	13	12.40	ลดลงร้อยละ 27.8
อัตราการอุบัติภาวะแทรกซ้อนที่ สัมพันธ์กับการผูกยึด	3	2.86	1	0.95	ลดลงร้อยละ 66.7
อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อ ระบายแพทย์เฉียบพลัน (Unplanned Extubation) หรือ อุบัติการณ์ตกเตียงระดับรุนแรง	0	0	0	0	ไม่เกิดการ เพิ่มขึ้น

จากตารางที่ 8 ผลการประเมินตัวชี้วัดความปลอดภัยในสภาวะผู้ป่วยหน้าเตียง รายงานการเปลี่ยนแปลง เชิงบวกในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยเมื่อวิเคราะห์อัตราการตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย (Physical

Restraint Rate) พบว่าช่วงก่อนการดำเนินโครงการนำแนวปฏิบัติไปปรับประยุกต์ใช้ มีจำนวนผู้ป่วยถูกผูกยึดสะสม 18 ราย คิดเป็นสัดส่วนสูงถึง 17.10 รายต่อ 1,000 วันนอน ทว่าภายหลังสถาปนาแนวปฏิบัติพยาบาลเชิงประจักษ์ อัตราส่วนความชุกการใช้เครื่องผูกยึดทางกายภาพ ปรับลดลงอย่างโดดเด่นเหลือเพียง 13 ราย คิดเป็นสัดส่วน 12.40 รายต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งแสดงถึงสถิติความถี่ในการผูกยึดผู้ป่วยอายุรกรรม ปรับลดอัตราสะสมอย่างปลอดภัยลงได้สูงถึงร้อยละ 27.8 ในหน่วยงาน

ยิ่งไปกว่านั้น ดัชนีความเสียหายด้านร่างกายและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน (Restraint-Related Complications) เช่น รอยแดงผิวหนังถลอกจากการรัด แผลกดทับเฉพาะจุด หรือการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายติดขัด รายงานการปรับลดอัตราสะสมลงอย่างเป็นรูปธรรม จากก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่พบความเสียหายสะสม 3 ราย คิดเป็นสัดส่วน 2.86 รายต่อ 1,000 วันนอน ปรับตัวลดลงอย่างเป็นนวัตกรรมการเหลือเพียง 1 ราย คิดเป็นสัดส่วนอยู่เพียงที่ 0.95 รายต่อ 1,000 วันนอน สะท้อนถึงอัตราภาวะแทรกซ้อนที่ลดทอนลงเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 66.7 หลังจบการทดลอง ที่สำคัญที่สุดคือ ในด้านความปลอดภัยขั้นวิกฤต คณะผู้วิจัยและทีมพยาบาลนำคลินิกติดตามประเมินผลอย่างระมัดระวัง ไม่พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ การดึงเลื่อนหลุดของท่อระบายของเหลวหรือท่อช่วยหายใจเฉียบพลันโดยไม่ได้ตั้งใจ (Unplanned Extubation) หรืออุบัติการณ์พลัดตกเตียงระดับรุนแรง เพิ่มเติมแต่อย่างใด ตัวเลขสถิตินี้ร่วมยืนยันและประกาศความสำเร็จอย่างแข็งแกร่งสูงสุดว่า การลดใช้อุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยอายุรกรรม ไม่ได้นำมาซึ่งความเสี่ยงสะสมเพิ่มเติม ทว่าแนวปฏิบัติพยาบาลเชิงประจักษ์ฉบับนี้ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักที่ควบคุมความปลอดภัยเชิงป้องกันเชิงรุก และขับเคลื่อนหลัก Patient Safety Goals ร่วมกับการพิทักษ์จริยธรรมสิทธิผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องประสานกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันซึ่งสูงสุดในที่สุด

4.7 สรุปสาระสำคัญของข้อค้นพบในบทที่ 4

โดยสรุป ข้อค้นพบและตัวแปรผลลัพธ์เชิงสถิติทั้งหมดในบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมประกาศและยืนยันประสิทธิผลความสำเร็จของการทำวิจัยเชิงพัฒนา ในการแก้ไขวิกฤตการใช้เครื่องผูกยึดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า อย่างเป็นเหตุเป็นผล โดยการสถาปนาแนวปฏิบัติพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน AGREE II (คะแนนมาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 86.96) สามารถขับเคลื่อนให้ระดับความรู้ความเข้าใจของพยาบาลประจำการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญยิ่งยวด ($Mean = 13.84$, $SD = 0.96$, $p < .001$) พัฒนาทักษะเชิงคลินิกข้างเตียงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่น ($Mean = 9.13$, $SD = 0.34$, $p < .001$) บุคลากรมีความสม่ำเสมอในการส่งมอบพฤติกรรมกรบริหารและแนวปฏิบัติจริยธรรมสูงถึงร้อยละ 96.88 และส่งมอบผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกในการปรับลดอัตราการผูกยึดผู้ป่วย ลงได้ร้อยละ 27.8 ควบคู่ไปกับสถิติการป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับหรือความบอบช้ำทางกายให้ลดลงอย่างสูงถึงร้อยละ 66.7 โดยปราศจากข้อผิดพลาดด้านความปลอดภัยเชิงระบบพยาบาลเพิ่มเติม ผลลัพธ์ทั้งหมด

นี้ชี้ชัดถึงความพร้อมสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติพยาบาลเชิงประจักษ์ ที่พร้อมสำหรับการนำไปตีพิมพ์เผยแพร่ และขยายผลเป็นต้นแบบนโยบายคุณภาพความปลอดภัยเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และเคารพศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการอย่างยั่งยืนต่อไป

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า” มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) และประเมินประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้จริงในหน่วยงานทางคลินิก การวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ครอบคลุมการดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาความแปรปรวนเชิงคลินิก, ระยะที่ 2 การสืบค้นและสังเคราะห์วรรณกรรมงานวิจัยเชิงประจักษ์, ระยะที่ 3 การพัฒนาและประเมินคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสากล AGREE II และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก, และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ประยุกต์และประเมินประสิทธิผลในทางปฏิบัติทางคลินิกจริงเป็นเวลา 12 สัปดาห์ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติเชิงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพระปกเกล้า เลขที่ใบรับรองอนุมัติ CTIREC 106/68 ลงวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำการณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้ป่วยเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีข้อบ่งชี้ในการผูกมัดและมีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มปานกลางถึงสูงจำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผลสัมฤทธิ์ที่ค้นพบสามารถสรุปแบ่งแยกตามประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 68.8) และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50.0) ที่สำคัญคือพยาบาลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.3 ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยผูกมัดอย่างเป็นระบบมาก่อน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46–55 ปี (ร้อยละ 40.0) และกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 23.3) โดยผู้ป่วยร้อยละ 73.3 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และผู้ป่วยร้อยละ 56.7 ได้รับยาที่มีผล

ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามเกณฑ์มาตรฐาน Morse Fall Scale พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (คะแนนมากกว่า 50 คะแนน) จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.3 และกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 25–50 คะแนน) จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลสัมฤทธิ์ด้านระดับความรู้ความเข้าใจพยาบาล

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดไปใช้ ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดอย่างปลอดภัยของพยาบาลประจำการเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 12.32 คะแนน ($SD = 1.11$) ขยับขยายเพิ่มขึ้นเป็น 13.84 คะแนน ($SD = 0.96$) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น +1.53 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ ($t(15) = 4.93$, 95% CI [0.876, 2.176]) และเมื่อคำนวณสถิติขนาดอิทธิพลพบว่าค่า *Cohen's d* มีสัดส่วนสูงถึง 1.13 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงมาก (Large Effect Size) ยืนยันสัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาองค์ความรู้ที่แข็งแกร่งและสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 ผลสัมฤทธิ์ด้านสมรรถนะทักษะและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ระดับทักษะความชำนาญการปฏิบัติงานดูแลและประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนเริ่มโครงการที่เท่ากับ 7.00 คะแนน ($SD = 0.89$) ขยับขยายขึ้นเป็น 9.13 คะแนน ($SD = 0.34$) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ($t(15) = 10.54$, $p < .001$) ยิ่งไปกว่านั้น อัตราความยึดมั่นในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (Compliance Rate) ของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูงมากถึง ร้อยละ 96.88 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมจริยธรรมและความปลอดภัยได้รับคะแนนการปฏิบัติตามถูกต้องสมบูรณ์เต็มร้อยละ 100.00 รองลงมาคือการพยาบาลก่อนการผูกยึดร้อยละ 98.05 การพยาบาลหลังคลายการผูกยึดร้อยละ 96.88 และการพยาบาลขณะผูกยึดมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 95.05

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมเฉลี่ยสะสมอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงมาก เท่ากับ 4.38 คะแนน ($SD = 0.28$) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยหัวข้อความเหมาะสมของแนวปฏิบัติต่อบริบทของผู้ป่วยได้รับคะแนนสูงสุด (4.63 คะแนน, $SD = 0.50$) รองลงมาคือแนวปฏิบัติมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย (4.56 คะแนน, $SD = 0.51$)

ส่วนที่ 5 ดัชนีผลลัพธ์เชิงความปลอดภัยทางคลินิกของผู้ป่วย

ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นจริงภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน พบว่าอัตราการตัดสินใจใช้มาตรการผูกมัดผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนถึงร้อยละ 27.8 จากเดิมที่มีอัตราเท่ากับ 17.10 ต่อ 1,000 วันนอน (18 ราย) ปรับลดลงเหลือเพียง 12.40 ต่อ 1,000 วันนอน (13 ราย) และที่สำคัญคือ อัตราภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องผูกมัดร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 66.7 จากเดิมเท่ากับ 2.86 ต่อ 1,000 วันนอน (3 ราย) ลดลงเหลือเพียง 0.95 ต่อ 1,000 วันนอน (1 ราย) โดยตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ปรากฏเหตุการณ์การเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจของท่อระบาย สายให้ออกซิเจน หรือสายกั๊วชีพพยางค์สัญญาณ และไม่พบอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มร้ายแรงเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด

อภิปรายผล

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า สะท้อนถึงการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของการพยาบาลบนรากฐานหลักฐานเชิงประจักษ์และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Evidence-Based and Humanized Care) ซึ่งคณะผู้วิจัยขอแนะนำประเด็นสำคัญมาอภิปรายผลอย่างลุ่มลึกเชิงวิชาการตามมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

5.2.1 คุณภาพเชิงกระบวนการและความเป็นไปได้ในการใช้งานของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดที่สร้างขึ้น ได้พิสูจน์คุณภาพเชิงกระบวนการและเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม โดยมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหารายชื่อที่ระดับสมบูรณ์ (I-CVI = 1.00) และได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาด้วยเกณฑ์ประเมินสากล AGREE II มีคะแนนมาตรฐานเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 86.96 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงการใช่วิธีวิจัยสืบค้น คัดเลือก และประเมินคุณค่าหลักฐานวิจัยที่มีความเข้มงวดและโปร่งใส (Rigour of Development = 85.42%) และมีความชัดเจนนำเสนอเข้าใจง่ายสำหรับ กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ (Clarity = 90.00%) ผลสัมฤทธิ์เชิงกระบวนการพัฒนานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมระบบของ Lei และคณะ (2022) ที่รายงานผลการประเมินคุณภาพของคู่มือปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ผูกมัดใน ICU ทั่วโลกว่าระดับคุณภาพและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับความเข้มงวดน่าเชื่อถือในกระบวนการพัฒนา ความชัดเจนเฉพาะของข้อแนะนำ และกระบวนการแปลงสาระวิชาการไปสู่ระดับปฏิบัติจริงที่หน่วยงาน ทั้งนี้การได้คะแนนประเมิน AGREE II ในระดับสูง ย่อมเป็นหลักคำประกันเชิงกระบวนการว่าแนวปฏิบัติชิ้นนี้ไม่ใช่คู่มือเชิงวิชาการที่ตั้งอยู่บนทฤษฎี แต่ถูกสร้างขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลประจำการ (Stakeholder Involvement = 85.56%) และการพิจารณาสมดุลระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้ป่วย (Beneficence and Non-maleficence) แม้ว่าด้านความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ (Applicability) จะได้รับคะแนนมาตรฐานต่ำที่สุด (ร้อยละ 83.33) เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาทรัพยากรอุปกรณ์ผูกมัดและ

การมีส่วนร่วมภาระงานของบุคลากรที่สูง แต่ผลคะแนนสะสมก็ยังคงอยู่ในเกณฑ์คุณภาพระดับสูงและได้รับการยอมรับร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมในคลินิก

5.2.2 อิทธิพลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อความรู้และทักษะสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการทดสอบคะแนนความรู้ของพยาบาลประจำการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากเดิม 12.32 (SD = 1.11) เป็น 13.84 คะแนน (SD = 0.96) out of 15 ($t(15) = 4.93, p < .001$, Cohen's $d = 1.13$) ร่วมกับระดับทักษะหัตถการปฏิบัติที่เฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นจาก 7.00 (SD = 0.89) เป็น 9.13 คะแนน (SD = 0.34) out of 10 ($t(15) = 10.54, p < .001$) ซึ่งชวนให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมเพิ่มพูนศักยภาพพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ แนวปฏิบัติสอดประสานกันอย่างมีระบบ สามารถขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะสมรรถนะได้อย่างชัดเจน ก่อนการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ ช่องว่างความรู้ในทีมมีอัตราสูงมากโดยพยาบาลประจำการร้อยละ 81.3 ไม่เคยผ่านการอบรมการผูกยึดผู้ป่วยมาก่อน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีลักษณะขึ้นอยู่กับความคุ้นเคยเดิมแบบดั้งเดิม (Traditional practice) และการประเมินความเสี่ยงเชิงอัตวิสัย (Subjective judgment) ซึ่งมีความแปรปรวนของการปฏิบัติค่อนข้างสูง ข้อค้นพบในมิติด้านช่องว่างทางความรู้สอดคล้องกับวรรณกรรม ทบทวนเชิงลึกของ Alsomali และคณะ (2024) ซึ่งระบุว่า พยาบาลส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยหนัก มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผูกยึดอยู่ในเกณฑ์ปานกลางเท่านั้น และขาดความมั่นใจตลอดจนทัศนคติเชิงลบในการเลือกใช้มาตรการทางเลือกอื่น และสอดคล้องอย่างสม่าเสมอกับผลการสำรวจสถิติของ Rehman และ Saddique (2025) ที่ยืนยันว่า ระดับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลประจำการเป็นปัจจัยพยากรณ์เชิงเส้นต่อความคงที่และความถูกต้องปลอดภัยของการใช้อุปกรณ์ผูกยึดร่างกายผู้ป่วย การเปลี่ยนความคุ้นเคยเดิมมาเป็นการตัดสินใจบนหลักฐานวิทยาศาสตร์ (EBP) ผ่านเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision support tool) เช่น แบบประเมินผู้ป่วยก่อนผูกยึด (Restraint Assessment Form) จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลประจำการมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักถึงพยาธิสภาพของอันตรายแฝงจากการผูกมัดที่ไม่ถูกต้อง (เช่น แผลกดทับ แผลถลอก ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำจากการรัดแน่นเกินไป) และส่งเสริมความสม่ำเสมอเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหอผู้ป่วย (Compliance = 96.88%) อย่างยั่งยืน

5.2.3 ประสิทธิภาพทางคลินิกเชิงระบบ ซึ่งเป็นความสำเร็จร่วมกันระหว่าง Patient Safety และ Least Restraint Practice

ดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญยิ่งยวดในงานวิจัยนี้คือการปรับลดสถิติเชิงคลินิกอย่างเด่นชัด โดยอัตราการผูกมัดผู้ป่วยปรับลดลงร้อยละ 27.8 และอัตราการอุบัติของภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพถึงร้อยละ 66.7 (จากเดิม 2.86 ปรับลดเหลือเพียง 0.95 ต่อ 1,000 วันนอน) ภายใต้สภาวะ

ความปลอดภัยทางคลินิกสูงสุดที่อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มรุนแรงหรือสายกู้ชีพเลื่อนหลุดก่อนกำหนดเป็นศูนย์ ข้อค้นพบเชิงประจักษ์นี้ร่วมยืนยันอย่างหนึ่งทางทางว่า **การจำกัดการผูกยึดผู้ป่วยสามารถดำเนินไปได้อย่างปลอดภัยสูงสุด หากขับเคลื่อนผ่านเครื่องมือประเมินระดับความเสี่ยงเชิงโครงสร้าง (Risk Stratification Protocol) และชุดมาตรการทางเลือกแบบบูรณาการ (Care Bundle) ความกังวลสะสมดั้งเดิมของพยาบาลวิชาชีพว่า หากลดการผูกยึดลงจะส่งผลให้อัตราความเสี่ยงตกเตียงหรือคนไข้ดึงสายกู้ชีพช่วยชีวิตหลุดเพิ่มสูงขึ้น ถูกท้าทายเชิงทฤษฎีและพิสูจน์แล้วว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุนเชิงระบาดวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับผลงานทบทวนระบบระดับสากลของ Sze และคณะ (2012) และงานวิจัยเชิงสังเกตของ Kalula และคณะ (2016) ที่ค้นพบอย่างสอดคล้องกันว่า การผูกยึดร่างกายไม่ได้สัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่กลับเป็นตัวทำนายของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium propagation) ผิดหวังนิกาต เนื้อเยื่อส่วนปลายบวมแดง และการยืดระยะเวลาการนอนพักในเตียง ผลลัพธ์เชิงบวกของการลดอัตราการผูกยึดอย่างปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อนในการศึกษานี้ สอดคล้องกับข้อมูลงานวิจัยวิเคราะห์อภิปราบาย (Meta-analysis of RCTs) ของ Duffy และคณะ (2024) ซึ่งตีพิมพ์ในฐานข้อมูลระดับนานาชาติ PMC12511021 (พฤศจิกายน 2024) โดยประมวลงานวิจัย RCTs 14 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 4,338 คน และชี้ชัดว่าชุดมาตรการทางคลินิกเชิงประจักษ์แบบบูรณาการ (Guide-based multicomponent interventions) สามารถลดสถิติอัตราการใช้เครื่องผูกยึดผู้ป่วยลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ($RR = 0.72$) ลดการอุบัติของภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลงร้อยละ 64 ($RR = 0.36$) และปรับลดสถิติภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้อย่างเห็นผล ($RR = 0.53$) โดยไม่พบการเพิ่มขึ้นของการดึงท่อช่วยหายใจหรืออุบัติการณ์บาดเจ็บรุนแรง สอดคล้องเชิงสถิติ กระบวนการตัดสินใจกับรายงานเชิงทดลองของ Cao และคณะ (2026) ที่ยืนยันว่าการบังคับใช้อัลกอริทึมต้นไม้ตัดสินใจ (Physical Restraint Decision Tree: PRDT) สัมพันธ์เชิงบวกกับการคัดกรองความเสี่ยงที่แม่นยำและการนำมาตราการทางเลือกเชิงรับและเชิงรุกมาประยุกต์ใช้ได้อย่างละมุนละม่อมเพียงผู้ป่วย

5.2.4 มิติการยกระดับมาตรฐานจริยธรรม สิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยร่วมกับความปลอดภัย

มิติความสำเร็จเชิงมนุษยธรรมและจิตวิทยาที่เด่นชัดในการศึกษานี้คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานกระบวนการของพยาบาลในโดเมน "พฤติกรรมด้านจริยธรรมและความปลอดภัย" ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 100.00 และระดับความพึงพอใจสูงยิ่งต่อหัวข้อแนวปฏิบัติส่งเสริมความปลอดภัยโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ($M = 4.44$, $SD = 0.51$) พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่เผชิญแรงกดดันและภาวะความทุกข์ใจเชิงจริยธรรม (Moral distress) มาโดยตลอด จากความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) ระหว่างบทบาทหน้าที่ในการพิทักษ์ความปลอดภัยทางร่างกายของผู้ป่วย (Beneficence & Non-maleficence) กับความ

จำเป็นเชิงระบบที่ต้องจำกัดอิสรภาพสิทธิผู้ป่วย (Respect for autonomy) ซึ่งการผูกมัดร่างกาย ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเป็นเวลานานมักนำมาซึ่งความรู้สึกผิด ความเครียดเฉียบพลัน ตลอดจนความรู้สึกหวาดกลัว สิ้นหวัง และสูญเสียศักดิ์ศรีในฐานะมนุษย์ของผู้ป่วยตามรายงานเชิงคุณภาพของ Jang และ คณะ (2024) และ Pereira และคณะ (2024) การติดตั้งเครื่องมือคัดกรองร่วมกับคู่มือแนวปฏิบัติที่บูรณาการ ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยและระบบการประเมินเพื่อคลายเครื่องผูกมัดซ้ำทุก 2 ชั่วโมง (Restraint Complication Assessment Form) มีเป้าหมายให้เกิดการคลายหาคะแนนสะสมปกติ 6-8 คะแนน) ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีหลักเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิกคอยกำกับการตัดสินใจ ปรับบทบาทพยาบาลจากผู้ควบคุม และจำกัดการเคลื่อนไหวไปสู่บทบาทการเป็น "ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย" (Patient advocate) อย่างเต็มภาคภูมิ ใยระดับภาพลักษณ์ของคุณภาพโรงพยาบาลและสร้างความไว้วางใจสะสมในญาติและครอบครัวผู้รับบริการ อย่างลึกซึ้ง

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จะสะท้อนความสำเร็จและการขับเคลื่อนนวัตกรรมการพยาบาลเชิงประจักษ์ในทิศทางบวกทุกมิติ คณะผู้วิจัยตระหนักดีว่ายังมีข้อจำกัดทางระเบียบวิธีวิจัยและเชิงระบบบางประการที่พึงระบุและทำความเข้าใจเพื่อเป็นแนวทางอ้างอิงอย่างเที่ยงธรรมเชิงวิชาการ ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างและขอบเขตพื้นที่ศึกษา

การดำเนินการศึกษาวิจัยและนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้นั้น จำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพระปกเกล้า เพียงหอผู้ป่วยเดียว และมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพร่วมประเมินเพียง 16 คน ส่งผลให้ขีดความสามารถในการนำผลสรุปเชิงตัวเลขและระเบียบวิธีนี้ไปกล่าวอ้างอิงเป็นตัวแทนทั่วไป (Generalizability) หรือขยายผลเพื่อบังคับใช้ในหอผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ (เช่น แผนกกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยวิกฤต หรือแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ) ที่มีบริบทความหนาแน่นและลักษณะการไหลเวียนงานต่างกัน มีความจำกัด

2. ข้อจำกัดของระเบียบวิธีแบบแผนกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pre-Post Design)

เนื่องจากแบบแผนการศึกษาในระยะที่ 4 ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม (No control group) ที่รักษาพยาบาลโดยปราศจากแนวปฏิบัติในช่วงเวลาเดียวกัน จึงส่งผลให้ผู้วิจัยยังไม่สามารถตัดหรือควบคุมปัจจัยภายนอก (Confounding variables) ได้อย่างสมบูรณ์ เช่น การผันแปรของสัดส่วนอัตรากำลังในบางสัปดาห์ ระดับความรุนแรงของโรคเฉลี่ยของผู้ป่วยแรกรับในแต่ละเดือน หรือความแตกต่างของระดับทักษะเฉลี่ย

ของ تیمพยาบาลหมุนเวียนเวร ดังนั้น จึงไม่ควรสรุปความสำเร็จเชิงตัวเลขนี้ในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง (Causal effect) เพียงด้านเดียว

3. ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการประเมินผล

ระยะเวลาในการประเมินและนิเทศงานภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติจำกัดระยะเวลาเพียง 12 สัปดาห์ ซึ่งจัดเป็นช่วงเวลาที่ไม่นานนานเพียงพอที่จะวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่น ความยั่งยืน และความคงคงที่ของพฤติกรรมที่ยอมรับมาตรฐานความปลอดภัยและระดับทักษะความรู้ความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในระยะยาวเมื่อผู้วิจัยถอนตัวออกจากการเก็บข้อมูล (Sustainability assessment gap)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางคลินิก (Suggestions for Clinical Practice)

1. การจัดรูปแบบการคัดกรองเชิงรับและเชิงรุกในเวชระเบียน

ควรนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกยึด (Restraint Assessment Form) และเครื่องมือ Morse Fall Scale บรรจุเข้าเป็นขั้นตอนกระบวนการพยาบาลภาคบังคับเชิงระบบ (Standard Operating Procedure: SOP) ในระบบใบประเมินแรกรับพยาบาลประจำตึก เพื่อเพิ่มความสะดวกในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คาดการณ์ความน่าจะเป็นของการเกิดอาการ delirium และการขาดนิโคติน/แอลกอฮอล์ ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยรับไว้ในตึก

2. การจัดสรรแบบฟอร์มการบันทึกหน้าเตียงที่มีโครงสร้างกระชับ (Restraint Flow Sheet)

ควรจัดทำแผนภูมิหรือแบบสังเกตอาการระหว่างการผูกยึดผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงให้เป็นแผ่นบันทึก Flow Sheet สั้น กระชับ อยู่เตียงผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้สัญลักษณ์หรือเครื่องหมาย Checklist เพื่ออำนวยความสะดวกในการเฝ้าระวังและการบันทึกข้อมูลของพยาบาล ลดภาระงานเอกสาร และสนับสนุนการส่งต่อข้อมูลทางจริยธรรมระหว่างเวรป่วย-ตึก (Handover communication)

3. การยกระดับความสม่ำเสมอในการเฝ้าระวังผิวหนังและความต้องการพื้นฐาน

เนื่องจากผลประเมินพฤติกรรมพยาบาลขณะผูกยึดมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 95.05 ซึ่งเป็นคะแนนต่ำสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ ฝ่ายนำหอผู้ป่วยจึงต้องทบทวนเชิงระบบและนิเทศทางคลินิกพยาบาลวิชาชีพทุกคนอย่าง

ต่อเนื่องเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผิวหนังบริเวณใต้สายรัด การประเมิน Neurovascular status การเปลี่ยนนมและทิศทางของอุปกรณ์ และการดูแลตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (อาหาร น้ำ การสกดกันความเจ็บปวด และการขับถ่าย) อย่างมีทิศทาง เพื่อจัดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ให้เป็นศูนย์อย่างถาวร

5.4.2 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายและการบริหารทางการพยาบาล (Suggestions for Nursing Administration & Policy)

1. การปรับปรุงระบบอัตรากำลังบนรากฐานความรุนแรงของโรค

จากข้อค้นพบเชิงสถานการณ์ที่ภาระงานล้นและจำนวนพยาบาลต่อเวรที่ไม่เพียงพอบนตึกบีบีคั้นให้พยาบาลประจำตึกจำเป็นต้องตัดสินใจใช้สายผูกมัดร่างกายเพื่อค้ำประกันความปลอดภัยของผู้ป่วย ฝ่ายบริหารโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลควรร่วมกันปฏิรูประบบจัดอัตรากำลังในเวรป่วย-ตึก โดยคำนวณสัดส่วนกำลังจากระดับความรุนแรงและระดับความแปรปรวนเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วย (Patient acuity/severity) แทนการจัดอัตรากำลังที่ตามสัดส่วนเตียง เพื่อเอื้อประโยชน์ให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอสำหรับการพูดคุย คัดกรอง และประยุกต์ใช้มาตรการทางเลือกบูรณาการ (Care Bundle)

2. การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนนวัตกรรมและอุปกรณ์ความปลอดภัยเชิงรุก

ควรจัดสรรงบประมาณในการปฏิรูปลิงแวดล้อมทางคลินิกและการสนับสนุนทรัพยากรอุปกรณ์ผูกยึดที่ได้มาตรฐานการพยาบาล เช่น สายรัดที่มีความนุ่มนวลป้องกันผิวหนัง ถูมือกันดึงสาย ตลอดจนการลงทุนในระบบเทคโนโลยีความปลอดภัย เช่น เตียงปรับระดับต่ำพิเศษ ระบบตรวจจับความเคลื่อนไหว (Motion sensors) หรือปุ่มสัญญาณเตือนภัยผู้ป่วยขยับตัวลุก (Bed/chair alarms) เพื่อเพิ่มกลไกช่วยเหลือบุคลากรหน้างานในการเฝ้าระวังและจัดการความขัดแย้งในการจำกัดเสรีภาพผู้ป่วย

3. การจัดอบรมทักษะการพยาบาลเชิงพฤติกรรมศาสตร์

ควรกำหนดหลักสูตรแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผูกยึดนี้เป็นทักษะสมรรถนะภาคบังคับในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ทุกคน โดยเน้นการฝึกอบรมในลักษณะจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based training) เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเชิงจิตวิทยาการประโลมลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (Therapeutic de-escalation) และวิธีการคัดกรองและการจัดการเชิงบูรณาการหน้าเตียงผู้ป่วยที่แสดงอาการสับสนรุนแรงและถอนสุรา

5.4.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต (Suggestions for Future Research)

1. การศึกษาเปรียบเทียบในหลายสถาบันหรือหลายแผนก (Multicentre Study)

เพื่อเพิ่มความตรงภายนอก (External Validity) และความแข็งแรงของหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศ ควรสนับสนุนการทำวิจัยและนำแนวปฏิบัติพยาบาลขึ้นนี้ไปศึกษาเปรียบเทียบร่วมกับหอผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า หรือสถาบันสุขภาพเครือข่ายระดับตติยภูมิ โดยใช้รูปแบบการศึกษากลุ่มควบคุมแบบสุ่มระดับกลุ่ม (Cluster-randomized controlled trial) เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับชาติและสถาปนาแนวปฏิบัติมาตรฐานสากลพยาบาลสืบไป

2. การติดตามวิเคราะห์ผลเชิงความยั่งยืนระยะยาว

ควรออกแบบการศึกษาที่มีกระบวนการเก็บข้อมูลและการตรวจนิเทศเป็นระยะเวลานานขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อติดตามประเมินผลเชิงพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพว่ายังคงความยึดมั่นและถูกต้องใน การปฏิบัติตามคู่มือมาตรฐานความปลอดภัยอย่างมั่นคงยั่งยืนเพียงใดภายหลังจากผู้วิจัยถอนตัวจากการเก็บข้อมูลจริง

3. การขยายความครอบคลุมของตัวแปรผลลัพธ์

การวิจัยในอนาคตควรขยายการประเมินผลสัมฤทธิ์ในด้านอื่นเพิ่มเติม เช่น การศึกษาความพึงพอใจและประสบการณ์ทางจิตวิทยาเชิงลึกของญาติและครอบครัว และการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics analysis) ในด้านสถิติวัดการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลพักรักษาเฉลี่ย (Length of stay) และต้นทุนค่าวัสดุและอุปกรณ์ความปลอดภัยทางการพยาบาลเมื่อลดอัตราการผูกมัดร่างกายลง

บรรณานุกรม

Alsomali, Z., Elsayes, H. A., & Sharif, L. S. (2024). Assessment of nurses' knowledge, attitude and practice regarding physical restraint: A scoping review. *Indian Journal of Palliative Care*, 30(2), 149–154. https://doi.org/10.25259/IJPC_227_2023

American Nurses Association. (2012a). *Position statement: Restraints*.

https://www.nursingworld.org/~4afdc8/globalassets/docs/ana/ethics/ps_restraints.pdf

American Nurses Association. (2012b). *Reduction of patient restraint and seclusion in health care settings*. American Nurses Association.

American Nurses Association. (2020). *The ethical use of restraints: Balancing dual nursing duties of patient safety and personal safety*. American Nurses Association.

American Nurses Association. (2023). *The ethical responsibility to manage pain and suffering*.
<https://www.nursingworld.org/coe-view-only/position-statements/the-ethical-responsibility-to-manage-pain-and-suffering/>

Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2016). Physical restraints: Consensus of a new international definition. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 268–269. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.003>

Bleijlevens, M. H. C., Wagner, L. M., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H., on behalf of the International Physical Restraint Workgroup. (2016). Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307–2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–E842.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>

Buray, L., Rose, L., Ricou, B., Ferguson, N. D., Stickney, J., Mehta, S., Nieszkowska, A., & Cook, D. J. (2018). Prevalence and outcome of delirium in critically ill patients: A systematic

review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 44(9), 1453–1464.

<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5217-8>

Cao, R., Li, J., Hu, F., et al. (2026). Implementation of a physical restraint decision tree on reducing physical restraint use in an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 35(1), 112–120. <https://doi.org/10.1111/jocn.17120>

Chou, M.-Y., Hsu, Y.-H., Wang, Y.-C., Chu, C.-S., Liao, M.-C., Liang, C.-K., Chen, L.-K., & Lin, Y.-T. (2020). The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: A hospital-based retrospective cohort study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(2), 160–165. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7>

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Egerod, I., Inouye, S. K., Joosten, K. F. M., Mesquida, J., Neufeld, K. J., Nisimov, I., Petřík, P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Duffy, M., Pereira, S., & Alsomali, Z. (2024). Guide-based interventions aimed at reducing physical restraints in intensive care unit: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PMC: Public Medicine Central*, Article PMC12511021.

Dwairej, L. A., & Dwairej, D. A. (2025). Knowledge, attitudes, and practices toward physical restraints among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *The Open Nursing*

Journal, 19, e18744346424640.

<https://doi.org/10.2174/0118744346424640251112174143>

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2024). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.5). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook/current>

Huang, H., & Chu, C. (2017). Physical restraint in intensive care: Clinical outcomes and nursing perspectives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 33–39.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.002>

Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). *SBAR tool: Situation-background-assessment-recommendation*. Retrieved August 29, 2026, from
<https://www.ihl.org/resources/tools/sbar-tool-situation-background-assessment-recommendation>

Institute of Medicine. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13058>

Jang, S. G., Lee, W., Ha, J., & Choi, S. (2024). Is physical restraint unethical and illegal?: A qualitative analysis of Korean written judgments. *BMC Nursing*, 23, Article 94.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01781-8>

- Kalula, S. Z., Nyame, S. Z., & Kola, L. (2016). Use of physical restraints and occurrence of falls in older hospitalized patients: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(1), Article 140. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0318-z>
- Kang, J., Kim, S., Lee, M., & Na, H. (2024). Impact of the restraint decision tree for physical restraint use in South Korean neurointensive care units. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 1110–1118. <https://doi.org/10.1111/nicc.13123>
- Kavumpurath, J., Mani, K. K. C., Refaat, F., Devaraj, N., Abdul Rashid, A., & Ibrahim, N. A. (2024). An integrative review on physical restraint in adult critical care unit. *F1000Research*, 12, 114. <https://doi.org/10.12688/f1000research.127358.2>
- Kim, H., & Yang, J. (2024). Factors affecting nursing practice of patient physical restraint among clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 32(2), 185–194. <https://doi.org/10.1111/jonm.13210>
- Kim, J., & Yang, Y. (2024). Factors affecting nursing practice of patient physical restraint among nurses. *Archives of Public Health*, 82, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01238-z>
- Lao, G., Lei, R., Li, Y., et al. (2023). Practice variation in nurse-led physical restraint reduction: A qualitative analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, Article 103390. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103390>
- Lao, Y., Chen, X., Zhang, Y., Shen, L., Wu, F., & Gong, X. (2023). Critical care nurses' experiences of physical restraint in intensive care units: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 2239–2251. <https://doi.org/10.1111/jocn.16528>

- Minnick, A. F., Mion, L. C., Johnson, M. E., Catrambone, C., & Leipzig, R. (2010). Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 364–375. <https://doi.org/10.1002/nur.20391>
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*.
<https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/guide-development-implementation-and-evaluation-clinical-practice-guidelines>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (NICE Guideline NG10).
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Delirium: Prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care* (NICE guideline CG103).
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints* (4th ed.). <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>
- Rehman, N. U., & Saddique, H. (2025). Knowledge, attitudes, and practices toward physical restraints among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *The Open Nursing Journal*, 19, e1874434. <https://doi.org/10.2174/18744346-v19-e202501020>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

- Sze, T. W., Leng, C. Y., & Lin, S. K. S. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care settings and nursing homes: A systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 10(1), 307–351. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-33>
- The AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II instrument: Appraisal of guidelines for research and evaluation II*. <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>
- World Health Organization. (2019). *Patient safety: Global action on patient safety*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.4>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>
- World Health Organization. (2024). *Patient safety rights charter*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/69847>
- Zare-Kaseb, A., et al. (2025). Quality appraisal of clinical practice guidelines on physical restraints in ICU: a systematic review. *Annals of Palliative Medicine*, 14(1), 33–41. <https://doi.org/10.21037/apm-25-102>
- Zare-Kaseb, A., Sarmadi, S., Sanaie, N., & Emami Zeydi, A. (2025). Prevalence and variability in use of physical restraints in intensive care units: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 38(3), 101210. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101210>

ภาคผนวก ก

แบบประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจผูกมัด (Restraint Assessment Form)

แบบฟอร์มนี้พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพในการตัดสินใจเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยคำนึงถึงมาตรการทางเลือกเป็นอันดับแรกตามหลักการ Least Restrictive Alternative

ข้อมูลผู้ป่วย: วันที่ประเมิน..... HN..... AN.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี การวินิจฉัยโรค.....

ยาสำคัญที่ได้รับ..... โรคประจำตัว.....

ประวัติการหกล้มในอดีต ☐ เคย ☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 1 การประเมินข้อบ่งชี้ทางคลินิก พฤติกรรมเสี่ยง และความรู้สึกตัว

รายการประเมินและเกณฑ์	รายละเอียดการสังเกตเชิงพฤติกรรม (พยาบาลทำเครื่องหมาย ✓)
1. เหตุผลสำคัญในการพิจารณาใช้เครื่องผูกยึด (Clinical Indications)	[] มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง คุกคามอันตราย [] พฤติกรรมดึงหรือพยายามถอนสาย/อุปกรณ์ช่วยพยุงชีวิตวิกฤต (เช่น ETT, Central line) [] มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพ้อคลั่งรุนแรง (Delirium/Alcohol Withdrawal) [] มีความเสี่ยงสูงมากต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มซ้ำซาก
2. ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (Level of Consciousness/Mental Status)	[] สับสน/กระวนกระวายรุนแรง (Agitated) [] เพ้อคลั่ง ไม่ร่วมมือในการรักษา [] เอะอะโวยวาย อาละวาด คุมสติไม่ได้ [] สัญญาณก้าวร้าว มีทีท่าจะลงไม้ลงมือทำร้าย
3. ความสามารถในการสื่อสารและการรับรู้ (Communication & Cognitive Perceptions)	[] พูดคุยรู้เรื่อง สื่อสารรู้ความ [] สื่อสารไม่ได้เลยเนื่องจากพยาธิสภาพ [] ถาม-ตอบไม่ตรงประเด็น พูดจาสับสน
4. ด้านความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว (Falls Risk & Safety Perceptions)	[] ปฏิบัติตามคำบอกเล่าไม่ได้ [] เดินเซ ทรงตัวบกพร่อง ไม่มั่นคง [] พยายามปีนป่ายเตียง ลูกเดินไม่ตระหนักรู้ข้อจำกัดตนเอง [] พฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือดึงสายต่าง ๆ

ส่วนที่ 2 มาตรการทางเลือกและการตัดสินใจขั้นสุดท้าย

2. พยาบาลพยายามแก้ไขปัญหาด้วยมาตรการทางเลือก	3. ผลที่เกิดขึ้นและการตัดสินใจทางการพยาบาล
☐ ประเมินและพยายามค้นหาสาเหตุรากเหง้าเชิงลึก ☐ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ☐ ปรับสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้ปลอดภัย ☐ พยายาม re-orientate พุดคุยกระตุ้นการรับรู้ ☐ ให้ยาบรรเทาอาการตามแผนการรักษาแพทย์ ☐ ให้ครอบครัวหรือญาติช่วยเฝ้าระวังใกล้ชิด	☐ มาตรการทางเลือกบรรลุผลลัพธ์ดี: สภาพผู้ป่วยดีขึ้น สงบลง ร่วมมือในการรักษา และฟื้นวิฤต -> ผลการตัดสินใจ: ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับการผูกยึดร่างกาย ☐ มาตรการทางเลือกไม่ได้ผล: ผู้ป่วยยังคงกระสับกระส่าย คลุ้มคลั่ง เสี่ยงดึงท่อพุงซีฟหรือป้อนเตียงเป็นอันตรายรุนแรง -> ผลการตัดสินใจ: ประสานแพทย์ รายงานเหตุผล ความจำเป็น และเตรียมดำเนินการผูกยึดตามมาตรฐานสากล
ลงชื่อพยาบาลผู้ประเมิน..... ลงชื่อแพทย์ผู้พิจารณาคำสั่ง.....	

ภาคผนวก ข

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale: MFS)

แบบประเมิน Morse Fall Scale เป็นเครื่องมือที่พยาบาลวิชาชีพใช้ประเมินความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ลื่น ตก หกล้ม ของผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณามาตรการเฝ้าระวังความปลอดภัยและสิทธิผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อ้างอิงมาตรฐาน Morse (1985)

รายการประเมินความเสี่ยง (Risk Items)	เกณฑ์และคะแนนการให้คะแนน (Scoring Criteria)	คะแนนที่ได้
1. ประวัติการพลัดตกหกล้มเฉียบพลัน (History of falling immediate or within 3 months)	- ไม่ใช่ (ไม่มีประวัติลื่นตกหกล้มในห้วง 3 เดือนที่ผ่านมา) = 0 คะแนน - ใช่ (มีประวัติลื่นตกหกล้มระหว่างนอนรักษาหรือใน 3 เดือนที่ผ่านมา) = 25 คะแนน	
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ ร่วมกัน (Secondary diagnosis)	- ไม่ใช่ (วินิจฉัยโรคเดียว) = 0 คะแนน - ใช่ (มีการวินิจฉัยโรครวมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป) = 15 คะแนน	
3. การช่วยพยุงและอุปกรณ์ในการ เคลื่อนย้าย (Ambulatory aid)	- นอนพักสงบคนเดียว / มีคนช่วยพยุง / ใช้รถเข็นนั่ง = 0 คะแนน - ใช้ไม้ค้ำยัน (Crutches) / ไม้เท้า (Cane) / โครงเหล็กหัดเดิน (Walker) = 15 คะแนน - เดินพยุง ยึดเกาะเกาะเกี่ยวไปตามราวเตียง ขอบเตียง เฟอร์นิเจอร์ โต๊ะ เก้าอี้ = 30 คะแนน	
4. การได้รับสารละลายหรือยารักษา ระบียบทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Therapy / Heparin lock)	- ไม่ใช่ / ไม่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ = 0 คะแนน - ใช่ (ได้รับสารน้ำ / คาเข็มล็อก Heparin lock ไว้) = 20 คะแนน	
5. ลักษณะการเดินและการเคลื่อนย้ายสรีระ (Gait / Transferring)	- ปกติ / นอนพักนิ่งคนเดียวโดยไม่ให้ลุกเดิน / อัมพาตไม่มีแรงเดิน = 0 คะแนน - อ่อนแรงเล็กน้อย / เดินก้มตัวเล็กน้อยแต่ทรงตัวได้ดี / ลากเท้าสั้น ๆ = 10 คะแนน	

รายการประเมินความเสี่ยง (Risk Items)	เกณฑ์และคะแนนการให้คะแนน (Scoring Criteria)	คะแนนที่ได้
	• มีความบกพร่องชัดเจน (เดินโซเซ หลุดจากเก้าอี้ยาก ต้องมีคนช่วยพยุงตลอดเวลา) = 20 คะแนน	
6. สภาพจิตใจและการประเมินความสามารถ (Mental status)	• รับรู้สภาวะแวดล้อม วัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง สมบูรณ์ (Oriented) = 0 คะแนน • สับสน ประเมินตนเองสูงเกินจริง ลืมข้อจำกัดด้านสุขภาพทางสรีระ = 15 คะแนน	

ระดับเกณฑ์คะแนนและการแปลผลการประเมิน Morse Fall Scale

- คะแนนรวม 0 – 24 คะแนน: หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์พลัดตกเตียงเล็กน้อย (Low Risk)
- คะแนนรวม 25 – 50 คะแนน: หมายถึง มีความเสี่ยงระดับปานกลางต่ออุบัติการณ์พลัดตกเตียงเล็กน้อย (Moderate Risk)
- คะแนนรวมตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป: หมายถึง มีความเสี่ยงระดับวิกฤตสูงต่ออุบัติการณ์พลัดตกเตียงเล็กน้อย (High Risk)

ภาคผนวก ค

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนและความสมบูรณ์ระหว่างการผูกยึดผู้ป่วย

แบบฟอร์มบันทึกติดตามสภาวะผิวหนัง ระบบประสาทส่วนปลาย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกอย่างใกล้ชิด โดยกำหนดเกณฑ์ให้บันทึกตรวจสอบทุก ๆ 2 ชั่วโมงเพื่อความปลอดภัยสูงสุดและเตรียมความพร้อมในการคลายหรือยุติการผูกยึด

รายการประเมิน (Evaluation Items)	ชั่วโมงที่												เกณฑ์คะแนน
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	
1. สภาวะจิตใจและอารมณ์ (Mental & Emotional)													ปกติ (1) วิตกกังวล (2) สับสน (3) ก้าวร้าว (4)
2. สีผิวและการไหลเวียนโลหิต ส่วนปลาย (Perfusion / Neurovascular status)													ชมพู (1) เย็นขึ้น (2) ซีดสลับ (3) เขียวคล้ำ (4)
3. รูปแบบและอัตราการ หายใจ (Respiratory pattern)													ปกติ (1) หายใจเร็ว (2) หายใจลำบาก (3)
4. ระดับการรับรู้และการ ตอบสนอง (Cognitive responsiveness)													ปกติ (1) ซ้ามาก (2) ไม่ตอบสนอง (3)
5. สภาพผิวหนังบริเวณขอบ เครื่องผูกยึด (Skin integrity & boundary tissue)													ปกติ (1) แดง/มีรอยกด (2) บวมเป่ง (3) ฟกช้ำซ้ำซาก (4) ถลอก/เป็นแผล (5)
6. ภาวะแทรกซ้อนทาง กายภาพแฝง (Related complications)													ไม่มี (1) ปวดระบม (2) อาการชา (3)

รายการประเมิน (Evaluation Items)	ชั่วโมงที่												เกณฑ์คะแนน
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	
													เกิดแผลกดทับ (4) ข้อมืออ่อนแรง (5)

ระบบการรวมเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยและการแปลผลทางคลินิกเพื่อยุติการตรึง

- คะแนนสะสมรวม 6-8 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติสูงสุด พยาบาลวิชาชีพสามารถทำการ คลายผ้าผูกยึดและปล่อยเป็นอิสระได้ทันที
- คะแนนสะสมรวม 9-12 คะแนน หมายถึง มีระดับความเสี่ยงปานกลาง พยาบาลต้องพิจารณาความเหมาะสมเชิงสรีระอย่างลึกซึ้ง และเฝ้าระวังประเมินซ้ำอย่างใกล้ชิด
- คะแนนสะสมรวมตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เป็นสภาวะวิกฤต/มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่แนะนำให้คลายสายผูกยึดในทันทีเด็ดขาด พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อรักษาอาการแทรกซ้อนเชิงระบบล่วงหน้าก่อน

ภาคผนวก ด

แบบประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพ และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 1: แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผุกยัดอย่างปลอดภัย (9 ข้อ)

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การผุกยัดช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์และเด็ดขาดเสมอ	☐	☐
2	พยาบาลวิชาชีพควรดำเนินการประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจผุกยัดทุกครั้ง	☐	☐
3	พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดำเนินการผุกยัดได้ทันทีเมื่อมีคำสั่งการรักษาเป็นเอกสารลายลักษณ์อักษรของแพทย์ผู้รักษา	☐	☐
4	ต้องจัดให้มีและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Consent Form) จากญาติสายตรงหรือผู้ดูแลก่อนทำการผุกยัดเสมอ	☐	☐
5	การผุกยัดที่ไม่ถูกวิธี ไม่มีวัสดุที่นุ่ม หรือไม่มีวัสดุรองรับ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผิวหนังและการเกิดแผลกดทับ	☐	☐
6	ภายหลังดำเนินการผุกยัดร่างกาย พยาบาลควรบันทึกเวลาและเฝ้าระวังระบบไหลเวียนเลือดบริเวณปลายมือทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง	☐	☐
7	ข้อมูลรายละเอียดและกระบวนการพยาบาลในการผุกยัดต้องได้รับการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างละเอียดและสม่ำเสมอทุกเวอร์	☐	☐
8	การรองด้วยวัสดุหรือผ้าที่นุ่มก่อนใช้สายรัดข้อมือเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการฟกช้ำหรือแผลกดทับบริเวณอวัยวะส่วนปลาย	☐	☐
9	การผุกยัดร่างกายผู้ป่วยสูงอายุเป็นเวลานานเกินความจำเป็นส่งผลเสียและสัมพันธ์กับความเครียดทางจิตใจ (Moral Distress) และภาวะเพ้อเจ้อพลัน (Delirium)	☐	☐

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความพึงพอใจของพยาบาลประจำการต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาล (10 ข้อ)

แบบประเมินประยุกต์ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-Point Likert Scale): 5 = พอใจมากที่สุด, 4 = พอใจมาก, 3 = พอใจปานกลาง, 2 = พอใจน้อย, 1 = ไม่พอใจเลย

ข้อความการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ	5	4	3	2	1
1. แนวปฏิบัติและกิจกรรมพยาบาลมีความชัดเจน อธิบายสรีระไหลเวียนงานและเข้าใจง่าย					
2. รายละเอียดและมาตรฐานของหัตถการมีความเหมาะสมต่อบริบททรัพยากรของตึกอายุรกรรมชาย 1					
3. แนวปฏิบัติมีส่วนช่วยสกัดกั้นและลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุรณีสันตกหกล้มของผู้สูงอายุได้จริงในภาคคลินิก					
4. แนวปฏิบัติมีส่วนช่วยให้บุคลากรลดปริมาณและความจำเป็นในการใช้เครื่องตรึงร่างกายลงอย่างปลอดภัย					
5. ขั้นตอน วงจรอัลกอริทึมในการตัดสินใจ มีความสม่ำเสมอ สะดวก รวดเร็ว และไม่ซับซ้อนหน้าเตียงคนไข้					
6. การปฏิบัติงานตามคู่มือลายลักษณ์อักษรนี้ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการบริหารความเสี่ยงพยาบาลวิชาชีพ					
7. การนำไปปฏิบัติใช้ ได้รับการประสานงานและได้รับความร่วมมือที่ดีเลิศจากเพื่อนสหวิชาชีพและแพทย์ประจำตึก					
8. โครงสร้างกิจกรรมเอื้อต่อการนำไปบูรณาการใช้งานได้ต่อเนื่อง ยั่งยืน ในระยะยาวของโรงพยาบาล					
9. แนวปฏิบัติส่งเสริมและคุ้มครองความปลอดภัยสูงสุดควบคู่กับการไม่ละเมิดสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ					
10. ความพึงพอใจสะสมในภาพรวมของการนำนวัตกรรมพยาบาลและแนวปฏิบัติฉบับนี้ไปใช้อัพเกรดระบบงานพยาบาล					

ภาคผนวก จ

ผลการประเมินคุณภาพเชิงกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ตามเกณฑ์มาตรฐานนานาชาติ AGREE II

เกณฑ์การวิเคราะห์คุณภาพตามเครื่องมือมาตรฐาน AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) ดำเนินการประเมินเชิงระบบโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญอิสระจำนวน 5 ท่าน (n=5) ครอบคลุมคำถามคุณภาพ 23 ข้อ

ตารางที่ ผ.1 คะแนนประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ รายข้อ (Items 1–23) ของผู้ประเมินอิสระ 5 ท่าน

ข้อที่	เกณฑ์และหัวข้อการประเมินตาม AGREE II	ผู้ประเมิน					คะแนนรวม	คะแนนเฉลี่ย
		1	2	3	4	5		
1	วัตถุประสงค์หลักแนวปฏิบัติอธิบายชัดเจนจำเพาะ	7	7	7	6	6	33	6.6
2	คำถามคำตอบเชิงสุขภาพครอบคลุมชัดเจนเหมาะสม	7	6	7	7	6	33	6.6
3	ประชากรผู้รับบริการเป้าหมายอธิบายชัดเจนจำเพาะ	6	6	7	7	7	33	6.6
4	ทีมงานพัฒนาแนวปฏิบัติรวบรวมทีมสหวิชาชีพครบครัน	7	7	6	6	5	31	6.2
5	แสวงหาคำนิยาม ประสบการณ์ และความต้องการคนไข้/ญาติ	6	7	6	6	5	30	6.0
6	ผู้ใช้แนวปฏิบัติในทางปฏิบัติการระบุชัดเจนเข้าใจง่าย	7	7	6	6	5	31	6.2
7	ใช้วิธีการทบทวนและสืบค้นหลักฐานวิจัยอย่างมีระบบสากล	7	7	6	6	5	31	6.2
8	อธิบายเกณฑ์คัดเลือกและคัดเข้าหลักฐานวิจัยเด่นชัด	6	6	7	6	6	31	6.2
9	อธิบายจุดแข็งและขอบเขตข้อจำกัดของหลักฐานเชิงประจักษ์	7	6	6	6	5	30	6.0
10	อธิบายวิธีการขั้นตอนสร้างฉันทามติและข้อเสนอแนะชัดเจน	6	7	7	6	6	32	6.4
11	คำนึงถึงผลประโยชน์ทางคลินิกคู่กับความเสี่ยงผลแอพเพกต์	6	7	6	6	6	31	6.2
12	เชื่อมโยงข้อแนะนำในการปฏิบัติกับหลักฐานอ้างอิงชัดเจน	6	7	7	6	5	31	6.2
13	ผ่านการประเมินทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	6	6	7	6	5	30	6.0
14	ระบุเกณฑ์ วงจร และระยะเวลาปรับปรุงคู่มือให้ทันสมัย	6	6	6	6	5	29	5.8
15	ข้อแนะนำการดูแลเขียนอย่างเฉพาะเจาะจงไม่กำกวมสับสน	6	7	7	6	6	32	6.4
16	ระบุทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลตามสภาวะผู้รับบริการ	6	7	7	6	6	32	6.4
17	ค้นหาคำแนะนำสำคัญและสรุปปฏิบัติเพียงผู้ป่วยง่าย	6	7	7	6	6	32	6.4
18	วิเคราะห์และอธิบายปัจจัยเอื้อและอุปสรรคเชิงบริหารดี	6	7	6	6	5	30	6.0
19	จัดสร้างแผ่นสรุป flow chart หรือเครื่องมือช่วยพยาบาล	6	7	7	6	5	31	6.2
20	พิจารณาประมาณ ต้นทุน ทรัพยากรที่ระบบต้องการใช้	6	7	5	6	5	29	5.8
21	มีเกณฑ์และตัวชี้วัด (KPIs) ชัดเจนสำหรับการนิเทศและสถิติ	6	7	6	6	5	30	6.0
22	เนื้อหาและข้อเสนอแนะเป็นอิสระปราศจากอิทธิพลแหล่งทุน	6	7	7	6	6	32	6.4
23	บันทึกและควบคุมการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะทำงาน	6	7	7	6	5	31	6.2

ตารางที่ ผ.2 คะแนนคำนวณมาตรฐานตามเกณฑ์ AGREE II รายโดเมนหลักทั้ง 6 ด้าน

โดเมนการประเมินคุณภาพ (Domains)	จำนวนข้อ	คะแนนที่ได้จริง	จำนวนข้อ	คะแนนที่ได้จริง	จำนวนข้อ	คะแนนที่ได้จริง
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and Purpose)	3	99	15	105	93.33	สูง
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Involvement)	3	92	15	105	85.56	สูง
3. ความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา (Rigour of Development)	8	245	40	280	85.42	สูง
4. ความชัดเจนของการนำเสนอ (Clarity of Presentation)	3	96	15	105	90.00	สูง
5. ความสามารถในการนำไปใช้ (Applicability)	4	120	20	140	83.33	สูง
6. ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Editorial Independence)	2	63	10	70	88.33	สูง

สรุปคะแนนภาพรวมของโครงการ: ระดับการแปลผลรวมสะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน AGREE II (Overall Quality Assessment)

คะแนนภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.96 (คะแนน Obtained=715, Min=115, Max=805) บ่งชี้อย่างชัดเจนว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ที่พัฒนาขึ้นขึ้นนี้มีคุณภาพระเบียบวิธีวิจัยชั้นวิชาการระดับสูงมาก (High Quality Clinical Practice Guideline) ได้รับการรับรองและสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานและเผยแพร่เชิงสถิติได้จริงในแผนกและหน่วยงานสุขภาพสากล