

การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วย  
ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของหอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

โดย

นางศิริพร อนันตสุข  
นายแพทย์ชัชวาล เจริญธรรมรักษา  
นางสาวสุลี ถาวรกุล  
นางสาวกนกกาญจน์ ปิจจดี  
นางสาวสิริกานต์ พักเชือก

617.471  
ก494

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเงินรายได้ประจำปี 2553

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

31 มกราคม 2554

# CD-ROM ติดต่อยืมได้ที่ ศูนย์ตำรา-คินสื่อโสตฯ ชั้น 1

## คำนำ

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเป็นสถานบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และผู้บริหารของโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารความเสี่ยงอันเกิดจากการมารับบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการฟ้องร้อง การต้องชดใช้ค่าเสียหายหรือการถูกร้องเรียนจากผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในการ ปฏิบัติตามแนวทางหรือนโยบายที่กำหนดไว้อย่างครอบคลุมในทุกขั้นตอนของการให้บริการ แต่เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนและต้องมีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ถูกต้อง แม่นยำจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สำหรับผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงหลายประการเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการเคลื่อนไหวได้น้อยส่งผลต่อร่างกายและจิตใจอย่างมาก

ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการวิจัย จึงได้รายงานผลการวิจัยในรายงานฉบับนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยดังกล่าวจะเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการวางแผนพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

คณะผู้วิจัย

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคลากรและผู้ปฎิบัติที่มารับ  
บริการเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารีคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่เห็นความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้และให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย  
ในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเที่ยงตรง  
ของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
และผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล

และการวิจัยครั้งนี้จะไม่สำเร็จล่วงได้ ถ้าไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจาก  
กลุ่มตัวอย่างและบุคลากรในหน่วยงาน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2554

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาผลของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ (2) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการบริหารความเสี่ยง แบบประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า (1) แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อประกอบด้วย 1) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม 3) การทรมานจากความเจ็บปวด 4) การวิตกกังวล 5) เสี่ยงต่อภาวะข้อติด 6) เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อลีบ 7) เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 8) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia 9) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นประสาทถูกบีบรัด (2) ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84.36) และ (3) ระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ ) ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรมีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ แนวทางการบริหารความเสี่ยง ผู้ป่วยจำกัดการเคลื่อนไหว หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

## ABSTRACT

The purposes of this research were: (1) to study effectiveness of risk management guideline in immobilized patients in orthopedic department (2) to study problem of using risk management guideline in immobilized patients in orthopedic department

The subjects were 9 professional nurses and 8 practical nurses Risk management guideline, Check list and questionnaires were used as the research instruments. The content validity of the questionnaires was verified and approved by three nursing education experts. The Cronbach Alpha reliability coefficient of the third part was 0.85. Statistical devices used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation.

The research results are as follows. (1) Nine risk management guidelines for complication prevention were developed by the participants; 1) bedsore 2) Falls 3) Pain management 4) stress 5) Stiffness of joint 6) muscle atrophy 7) urinary tract infection 8) Hypostatic Pneumonia 9) Neuro-vascular injury (2) Professional nurses used risk management guidelines in high level. Finally, (3) The satisfaction of risk management guidelines were high level ( $\bar{X}=3.95$ ). As a result, the nursing department should be construct specific policy of risk management to support professional nurses to work with confidential in order to build up their self esteem to improved professional performance.

**Keyword:** risk management guidelines, immobilized patients, orthopedic department

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
คำนำ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบความคิดการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง.....	9
การจำกัดความเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ.....	20
ความเสี่ยงในผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากร.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปการวิจัย.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	77
ก ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้ในการบริหารความเสี่ยง.....	79
ข หนังสือขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์.....	81
ค หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	83
ง แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากร.....	85

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ .....	47
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตาม แนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม.....	48
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตาม แนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด.....	49
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตาม แนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดการเกิดความวิตก.....	50
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia.....	51
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง บริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนลีบ.....	52
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันข้อติด.....	53
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการ คาสายสวนปัสสาวะ.....	54
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทาง การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะเส้นเลือดประสาทถูกบีบรัด.....	55
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อ แนวทางการบริหารความเสี่ยงโดยรวม.....	56

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนเป็นนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งของรัฐบาลที่ต้องมีบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันและมีการประกันคุณภาพการให้บริการที่สร้างความมั่นใจต่อชีวิตของประชาชน ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นสถานบริการด้านสุขภาพที่ให้บริการรักษาพยาบาล ป้องกัน ฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกายแก่ประชาชนในพื้นที่ภาคกลางตอนล่าง การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ จึงมีเป้าหมายที่พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้ต้องมีกระบวนการให้เกิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย การที่คุณภาพการบริการจะดีหรือไม่ดี มีปัจจัยประกอบกันหลายประการ เช่น ระบบการบริหารจัดการ ผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสม การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ และด้านอัตราค่าจ้างที่เพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน การให้บริการจึงจะสามารถตอบสนองได้ตามความคาดหวังของสังคมที่ต้องการให้สถานบริการสุขภาพทุกแห่งเป็นผู้ที่เอาใจใส่ดูแล ให้ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยและสามารถบรรเทาทุกข์ทรมานให้แก่คนได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีปฏิบัติต่างๆ ความเสี่ยงเป็นสิ่งที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะประสบ หรือเผชิญในชีวิตประจำวันซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตร การปฏิบัติงาน การเดินทาง และการดำเนินธุรกิจ โดยที่บุคคลอาจมีภาวะเสี่ยงที่เหมือนหรือต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อม ลักษณะการปฏิบัติงานและลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้อง สำหรับในโรงพยาบาลนั้นเกิดความเสี่ยงได้มากมาย เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพ ที่ให้บริการแก่คนจำนวนมาก และในลักษณะต่างๆ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (จรัส สุวรรณเวลา, 2545) ดังนั้น ในการปฏิบัติงานเพื่อลด หรือ กำจัดความเสี่ยงนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ค่อนข้างยาก ที่สำคัญบุคลากรด้านสุขภาพทุกคนจะต้องตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติงานให้ดีที่สุด ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการโดยมีความเสี่ยงน้อยที่สุด แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เริ่มมีมาตั้งแต่ปี 1854 โดย ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ให้มีการเก็บรวบรวมและบันทึก

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เช่น ข้อมูลส่วนบุคคลชนิดและลักษณะของแผลผ่าตัด ความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูสภาพ และภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการ จนกระทั่งปี 1908 วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกากำหนดให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน และมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ต่อมาปี 1952 JCAHO ได้กำหนดให้มีการประกันคุณภาพของผู้ให้บริการ โดยฟื้นฟูมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาขึ้นมาใหม่ และเมื่อประเทศสหรัฐอเมริกาได้เกิดวิกฤตการณ์ฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (Malpractice Crisis) ในปี 1970 โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการป้องกันและลดความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยการจัดให้มีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ และใช้ร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) และการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อลดค่าใช้จ่าย เป็นผลให้การบริหารความเสี่ยงเป็นที่ยอมรับในองค์การสุขภาพมากขึ้น

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติเชิงจัดการ เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายหรือลดผลกระทบจากสาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด (Cohen, 1999) และป้องกันโอกาสที่จะเกิดอันตรายและความสูญเสียแก่ผู้ป่วย ระบบการปฏิบัติงานและโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการค้นหาประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ (Wilson & Tingle, 1999) ลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Wilson, 1992) ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและมาตรฐานการพยาบาล ที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2546) ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาและกำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพบริการ ความปลอดภัยในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และมีระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมายของบุคลากร (Pelle, 1988 อ้างถึงใน ชะลอ น้อยเผ่า, 2544) ดังนั้น โรงพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจะต้องมีระบบการทำงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ง่ายเนื่องจากความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นเรื่อง

เดียวกัน แต่มองกันคนละด้าน โดยที่ความเสี่ยงเป็นลักษณะของการที่จะต้องหลีกเลี่ยง หรือลดให้น้อยที่สุด ส่วนความปลอดภัยเป็นลักษณะวิธีการคิดที่ไม่มีกรกล่าวโทษ หรือหาตัวผู้กระทำผิด เน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีบรรยากาศการทำงานที่มีการให้อภัย ขอมรับความจริง และนำปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อแก้ไข และป้องกันในอนาคต ( สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545 ) ศูนย์วิจัยความปลอดภัยผู้ป่วยมหาวิทยาลัยเท็กซัส และองค์การวิจัยด้านคุณภาพบริการสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2003 (Sexton et al., 2003) พบว่าเจตคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกร่วมกันบุคลากรต่อการบริหารงาน และการจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยดังนั้นผู้นำองค์กรโรงพยาบาลต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยมีความเข้าใจลักษณะงาน ความแตกต่างระหว่างบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองของพยาบาลต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการมองว่าเป็นสิ่งเลวร้าย ถูกตำหนิ มาเป็นระบบและกระบวนการปฏิบัติงานภายใต้บริบทของการให้คุณค่าและเจตคติด้านบวก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2546) จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานของวูล์ฟ และ เซอร์เรมบัส (Wolf & Serembus, 2004) พบว่า เหตุผลที่พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์ เพราะกลัวปฏิกิริยาจากผู้บริหารและร่วมงาน ซึ่งพยาบาลหลายคนอ้างว่ากลัวผู้บริหารมากที่สุด เนื่องจากกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานและคิดว่ารายงานอุบัติการณ์ไม่สำคัญ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจ เมื่อมีรายงานอุบัติการณ์ที่เกือบพลาดและไม่เชื่อว่าการรายงานจะสามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งการสร้าง ความเข้าใจ การยอมรับ การมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะตัวของบุคลากรไปสู่การสร้างระบบ และกระบวนการทำงานบนพื้นฐานความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2546)

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีบริการแผนกผู้ป่วยในทุกสาขา เช่น สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ฯลฯ โดยมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็นแต่ละหอผู้ป่วยตามลักษณะของกลุ่มโรค เพื่อให้เกิดความสะดวกในการให้บริการ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรที่ต้องการให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บกระดูกหักเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จะถูกจัดให้ไปพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วยจะ เป็นผู้ที่คุณดูแลใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วยในทุกด้าน ทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ประสบปัญหากระดูกหัก (Fracture) วิธีการรักษามีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การเข้าเฝือก การจัดกระดูกให้เข้าที่โดยไม่ทำการผ่าตัด (Closed reduction) หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (immobilization) เป็นต้น ซึ่งจะพบว่าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อมีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวสูงขึ้นเรื่อยๆทุกปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดความเสียวหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น(สมพร พงษ์ไทย,2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น การที่ผู้ป่วยจะได้รับบริการที่ปลอดภัยได้คุณภาพ บุคลากรทุกระดับต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรวมทั้งมีระบบการจัดการที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยการจัดการนี้เพื่อลดความถี่ในการเกิดความเสียหาย ความรุนแรงและลดค่าใช้จ่าย (Marriner-Tomey,1991) ประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล,2543) สำหรับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อนั้นเป็นความเสี่ยงทางกายภาพเป็นส่วนใหญ่เพราะผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจากการรักษา เช่น การยึดตรึงถ่วงน้ำหนักต่างๆ เช่น skeletal traction ,skin traction และการให้ผู้ป่วย bed rest หรือห้ามลุกนั่งในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง กระดูกสันหลังหัก เป็นต้น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวกลุ่มนี้ เช่น การเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ ข้อติดแข็ง ปวดบวม ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะลำบากหรือปัสสาวะไหลกะปริบะปรอย (สมคิด รักษาสัตย์,2531) ภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน อยู่โรงพยาบาลนานและเสียค่าใช้จ่ายนานขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ในปีพ.ศ.2552 ผู้ป่วยที่เข้ามาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น การเกิดแผลกดทับ 1.62 ครั้งต่อพันวันนอน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 22% และเกิดภาวะข้อติดจำนวน 5 ราย (สถิติร.พ. 2552) ทำให้คุณภาพทางการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยและคณะได้วิเคราะห์ถึงระบบการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรพบว่า แนวทางการบริหารความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขาดความชัดเจน มีการปฏิบัติไม่ตรงกัน และแม้ว่าจะมีคู่มือในการดูแลแต่แยกกันเป็นส่วนๆ ไม่ได้จัดระบบให้ใช้แนวทางมาใช้ให้ก่อเกิดประโยชน์ในการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยและคณะจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาล ให้เกิดความปลอดภัย ซึ่งเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและโรงพยาบาลสืบไป

## 2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

2.1 ศึกษาผลของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2.2 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

## 3. ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เป็นการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จัดกระทำในกลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 8 คน รวมเป็น 19 คนร่วมกันพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 12 เดือน

## 4. คำถาม ในการวิจัย

ผลของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นอย่างไรและอุปสรรคปัญหาในการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ไปใช้มีอะไรบ้าง

## 5. นิยามศัพท์

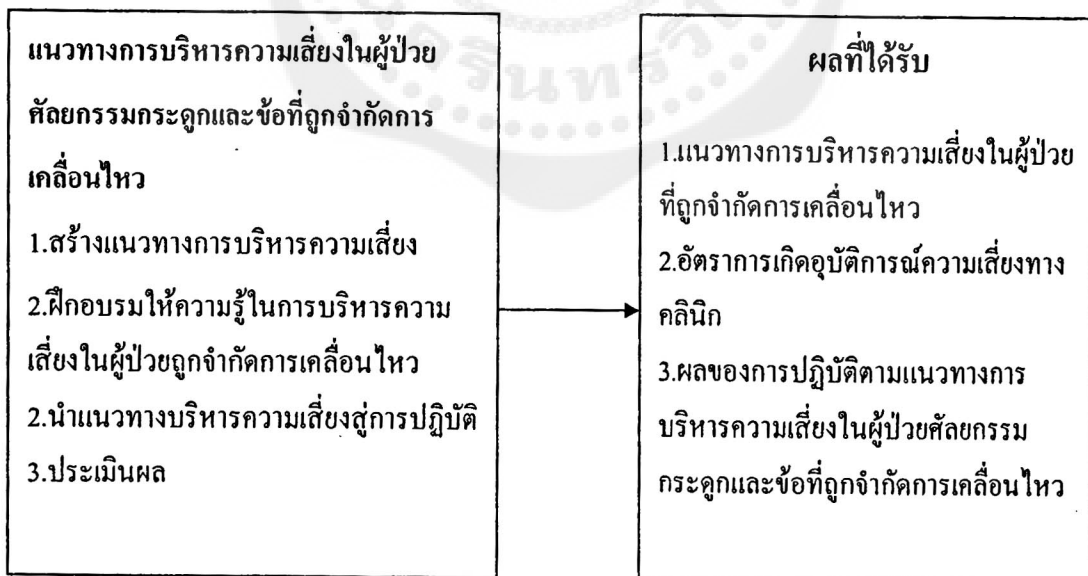
**ความเสี่ยง** หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่เกิดได้ในทุกสถานการณ์ ในทุกสถานที่ และทุกคน

**การบริหารความเสี่ยง** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล

**การจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization)** หมายถึง การจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายได้แก่กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อต่างๆ รวมทั้งอวัยวะภายในของร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต่อโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ

**แนวทางการบริหารความเสี่ยง** หมายถึง แนวทางที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานและเป็นการสร้างความตระหนักแก่บุคลากร ให้เฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงในแต่ละด้าน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันข้อติด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฯลฯ

## 6. กรอบแนวความคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

## 7.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 คณะผู้วิจัยได้มีการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งสามารถนำไปใช้ปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่างๆขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความรู้ เจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และมีการประกันคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

7.3 ช่วยควบคุมต้นทุนการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาลและประเทศชาติ



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิดจาก ตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
  - 1.1 ความหมายของความเสียหาย
  - 1.2 สาเหตุของความเสียหายในโรงพยาบาล
  - 1.3 การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
  - 1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
2. การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
  - 2.1 ความหมายการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
  - 2.2 วิธีการจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
3. ความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
  - 3.1 ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากภาวะสุขภาพ
  - 3.2 ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์
  - 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
- 4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 งานวิจัยในประเทศ
  - 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

## 1. ทฤษฎีและแนวคิดการบริหารความเสี่ยง

### 1.1 ความหมายของความเสี่ยง

ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ ในทุกสถานที่และทุกโอกาส ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีหลายประการ ได้แก่ ความเสี่ยงด้านกายภาพ ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ(สิทธิศักดิ์ พฤษพิติกุล,2545)

ความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึง ความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็น โอกาสที่ ผู้ให้บริการ หรือ โรงพยาบาล จะประสบกับการได้รับบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย อันตราย หรือ ความสูญเสียที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (กฤษดา แสงวงศ์, 2542; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543; Kirk, 1984) หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่เป็นไปตามคาดหวัง (Vaughan & Elloit, 1987) ซึ่งอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียงเพราะไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จตามแผนงานหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ (เจริญ เกษภูววัลย์, 2546) ตลอดจนการสูญเสียทรัพย์สินของบุคคลและโรงพยาบาล ความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้ต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และ โรงพยาบาลมีดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาธิต และอรพรรณ โดสิงห์, 2546)

#### 1. ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (กฤษดา แสงวงศ์, 2542)

1.1 ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ การลื่นหกล้ม การพลัดตกจากเตียงหรือที่สูง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การดัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การให้การรักษายาพยาบาลผิดพลาด การให้การรักษายาพยาบาลผิดคน การให้ยาผิด หรือบาดเจ็บจากการรักษายาพยาบาล การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง ละเลยการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้องหรือการประเมินปัญหาล่าช้า

1.2 ความเสี่ยงด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional Risk) เป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความเป็นบุคคล และความรู้สึกของผู้ป่วยหรือครอบครัว การทำให้เสียหน้า อับอาย หรือละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว

1.3 ความเสี่ยงด้านสังคม (Social Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสียหายทางสังคม ได้แก่ การเปิดเผยผู้ป่วยเกินความจำเป็น การไม่รักษาความลับ การรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

1.4 ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งต่อความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งอาจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านจิตใจและ อารมณ์ ได้แก่ การละเลยความรู้สึกของผู้ป่วยหรือครอบครัว การให้ข้อมูลไม่เพียงพอ มีผลให้ญาติผู้ป่วยหรือญาติเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่แน่ใจ และไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและดูแลผู้ป่วยได้

2. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับพยาบาล เนื่องจากต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 5 ประเภท (DiBenedetto, 1995) ดังนี้

2.1 ความเสี่ยงกายภาพ (Physical Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากลักษณะตัวอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง สภาพแวดล้อมอุปกรณ์เครื่องใช้ กระแสไฟฟ้า แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ ก๊าซที่บรรจุในภาชนะที่มีความดันและรังสีต่าง ๆ ในหน่วยงาน เช่น ไฟฟ้าดูด การเกิดอัคคีภัย การได้รับบาดเจ็บจากของมีคมการลื่นหกล้ม และการปวดหลังจากการยก พยุง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ, 2543)

2.2 ความเสี่ยงทางด้านชีวภาพ (Biological Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อเอชไอวี เชื้อราและการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ เป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์ (Farnsworth, 1994 อ้างถึงใน ชะลอ น้อยเผ่า, 2544)

2.3 ความเสี่ยงจากสารเคมี (Chemical Risk) เป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายจากการได้รับสารเคมี โดยการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมผ่านทางเดินหายใจ หรือผ่านจากทางเดินอาหาร หรือผ่านจากการโดนเข็มตำ เช่น ฟอรัมาลิน กลูตาแรลดีไฮด์ ก๊าซไนตรัสออกไซด์ และสารเคมีบำบัดชนิดต่าง ๆ เป็นต้น

2.4 ความเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือสังคม (Psychological or Psychosocial Risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความเครียดจากการปฏิบัติงาน ความเบื่อหน่ายในการทำงาน การถูกคุกคามทางเพศ การถูกทำร้ายด้วยวาจาและการกระทำ และการปฏิบัติงานในยามวิกาล โดยความเครียดเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นกับพยาบาลอย่างชัดเจน

2.5 ความเสี่ยงต่อการกลายพันธุ์ (Reproductive Risk) เป็นความเสี่ยงที่พยาบาลจะได้รับ อันตรายต่อระบบสืบพันธุ์ในระยะยาวจากรังสี สารเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นหมัน เกิดความผิดปกติของยีนส์ และโครโมโซม

3. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้หลายประเภท (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล ,2543) ดังต่อไปนี้

3.1 การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับการไว้วางใจและการสนับสนุนจากชุมชน

3.2 การสูญเสียรายได้ ทำให้โรงพยาบาลไม่มีความก้าวหน้าในการพัฒนา และการดำเนินการ

3.3 การสูญเสียทรัพย์สิน เช่น เมื่อบุคลากรพยาบาลได้รับบาดเจ็บจากการทำงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จะต้องจัดหาบุคลากรมาทดแทน

3.4 การทำลายสิ่งแวดล้อม เนื่องจากขยะในโรงพยาบาลและของเสียที่ปล่อยออกมาจากโรงพยาบาลเช่น น้ำเสีย ขยะติดเชื้อ เป็นต้น

3.5 ภาระในการจ่ายและชดใช้ค่าเสียหายจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย

## 1.2 สาเหตุของความเสียหายในโรงพยาบาล

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เกิดได้จากหลายสาเหตุ (Wilson & Tingle, 1999) ดังต่อไปนี้

1. ระบบการทำงานที่ล้มเหลว หรือบกพร่อง (System Failure) เนื่องจากหน่วยงานขาดความชัดเจนในกระบวนการ นโยบาย ขั้นตอน และแนวทางการปฏิบัติ เป็นผลให้เกิดการทำงานผิดพลาด

2. บุคลากรไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ (Short Cut) เนื่องจากมีภาระงานมากเกินไป ได้รับความกดดันจากการทำงานทำให้รู้สึกว่าการสนับสนุนจากหน่วยงานและเกิดความเครียด

3. มีความบกพร่องในการสื่อสาร (Communication Breakdown) ระหว่างผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

4. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างแผนก (Poor Interagency or Interdepartmental Working) ไม่ดี หน่วยงานและบุคลากรไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารไม่พึงพอใจในระเบียบการทำงาน หรือได้รับความกดดันจากงาน

5. หน่วยงานกำหนดบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรไม่ชัดเจน (III - Defined Responsibility) ทำให้บุคลากรรู้สึกเครียดในขอบเขตการทำงานของตนเอง ทำให้ปฏิบัติงานบกพร่อง หรือไม่เหมาะสมในฐานะผู้ประกอบการวิชาชีพ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

6. บุคลากรได้รับการอบรมไม่เพียงพอ (Inadequate Staff) ทำให้ปฏิบัติงานโดยที่มีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ
7. โรงพยาบาลไม่มีนโยบาย ระเบียบวิธีและแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน (Inadequate Policies, Guidelines) แก่บุคลากร ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง
8. บุคลากรไม่มีความซื่อสัตย์ (Dishonesty) ในการปฏิบัติงาน

### 1.3 การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นมาตรการที่จำเป็นที่ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับสูงต้องให้ความสำคัญ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ฟาริดา อิบบราฮิม (2537) ให้ความหมายว่าเป็นความรับผิดชอบที่จะป้องกันและควบคุมความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์ ประเมินผลและวางแผนเพื่อลดความรุนแรงหรือความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

วิฑูรย์ สิมะ โชคดี(2539) ให้ความหมายว่าเป็นการประเมินความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดในโครงสร้างองค์กรและวิธีปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่การจัดทำโปรแกรมและการบริหารในการควบคุมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความสูญเสียต่างๆ และวัตถุประสงค์หลักของการบริหารความเสี่ยงคือลดความสูญเสียให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดและยอมรับด้วยต้นทุนต่ำสุด

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการ หรือระบบบริหารซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนพื้นฐาน 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการกับความเสี่ยงและการประเมินผล

แนวคิดการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เริ่มมีมาตั้งแต่ปี 1854 โดย ฟลอเรนส์ นิดิงเกล ให้มีการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เช่น ข้อมูลส่วนบุคคลชนิดและลักษณะของแผลผ่าตัด ความก้าวหน้าของโรค การฟื้นฟูสภาพ และภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการ จนกระทั่งปี 1908 วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกากำหนดให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน และมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ไม่มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง ต่อมาปี 1952 JCAHO ได้กำหนดให้มีการประกันคุณภาพของผู้ให้บริการ โดยฟื้นฟูมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้ป่วยของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาขึ้นมาใหม่ และในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เกิดวิกฤตการณ์ฟ้องร้องเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (Malpractice Crisis) การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล เริ่มต้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อค.ศ.1965 ได้มีการฟ้องร้อง Darling V.Chartestion Community Memorial Hospital โทษฐานละเลยทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา ซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาบาลไม่ให้ข้อมูลกับแพทย์และโรงพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแพทย์ไม่ได้ให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

(ภวพร ไพศาลวัชรกิจ,2542) ซึ่งต่อมาได้มีการฟ้องร้องเรียกเรียกค่าเสียหายกันมากขึ้นจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในวงการแพทย์ โรงพยาบาลต่างๆ จึงได้ดำเนินการต่างๆเพื่อที่จะลดความเสี่ยงจากการเรียกร้อยต่างๆ โดยมีกิจกรรม 3 แนวทาง คือ (กฤษฎา แสงวงศ์,2542)

- 1.การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance)
- 2.การยอมรับความเสี่ยง (Risk retention)
- 3.การถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk transfer)

ในปี 1970 โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงได้ดำเนินการป้องกันและลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยการ จัดให้มีโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ และใช้ร่วมกับการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) และการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อลดค่าใช้จ่าย เป็นผลให้การบริหารความเสี่ยงเป็นที่ยอมรับในองค์กรสุขภาพมากขึ้น

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติเชิงจัดการ เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายหรือลดผลกระทบจากสาเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด (Cohen, 1999) และป้องกันโอกาสที่จะเกิดอันตรายและความสูญเสียแก่ผู้ป่วย ระบบการปฏิบัติงานและโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีการค้นหาประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ (Wilson & Tingle, 1999) ลดการถูกฟ้องร้องทางกฎหมายและการเสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Wilson, 1992) ในการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงและมาตรฐานการพยาบาลที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2546) ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงพัฒนาและกำหนดกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน 4 ประการ คือ การประกันคุณภาพบริการ ความปลอดภัยในการทำงานการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย และมีระบบการควบคุมความรับผิดชอบทางกฎหมายของบุคลากร (Pelle, 1988 อ้างถึงในชะลอ น้อยเผ่า,2544) ดังนั้น โรงพยาบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจะต้องมีระบบการทำงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความปลอดภัย ซึ่งจำเป็นต้องมีนโยบาย และกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

#### 1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงโดยทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องครบถ้วน ปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ปัจจัยสำคัญได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง

### 1.4.1 แผนกที่ปฏิบัติงาน

แผนกที่ปฏิบัติงาน เป็นส่วนของงานบริการในโรงพยาบาลที่แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตามลักษณะความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่หลากหลายและแตกต่างกัน (Sparacino, Cooper, & Minarikr, 1990) ซึ่งมีฝ่ายการพยาบาล (Department of Nursing) เป็นแผนกที่ใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล ที่ต้องให้การดูแลและรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแล ของผู้ป่วย และจัดสรรให้มีบุคลากรพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะเฉพาะตามอาการแสดง และความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดประโยชน์สูงสุด ไม่มีข้อบกพร่องผิดพลาดที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้จะขอกล่าวถึงแผนกที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น แผนกการพยาบาลแบ่งตามลักษณะของการให้บริการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (Ellis & Hartley, 1998; Rowland, 1984)

1.4.1.1 อายุรกรรม (Medical Unit) ให้บริการผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย หรือมีการติดเชื้อ และมีข้อบ่งชี้ว่าได้รับการรักษาโดยการักษา

1.4.1.2 ศัลยกรรม (Surgical Unit) ให้บริการผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดใน 4 ลักษณะ คือ

1) มีพยาธิสภาพที่มีการทำลายเนื้อเยื่อทำให้เกิดบาดแผลทั้งที่ส่วนผิวหนังตลอดไปจนถึงอวัยวะภายใน มีการตัดลายผนังหลอดเลือด และตกเลือดได้ 2) มีการรั่วทะลุของอวัยวะภายใน ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น แผลกระเพาะอาหารทะลุ 3) มีการอุดกั้นที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนนั้น ๆ เช่น นิ้วในอุ้งน้ำดี 4) มีก้อนหรือเนื้องอก ผิดปกติทำให้ขัดขวางการทำงานที่ตามปกติของร่างกาย ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะแรกแพทย์มักจะงดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ

1.4.1.3 กุมารเวชกรรม (Pediatrics Unit) ให้บริการดูแลผู้ป่วยเด็ก เด็กแรกคลอดแยกมาจากมารดาในแผนกสูติกรรม ให้การพยาบาลเด็กป่วยตามพัฒนาการของเด็ก ให้ความรู้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็ก เกี่ยวกับประโยชน์ ชนิด วิธีการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ การให้ยา นอกจากนี้พยาบาลมีความแม่นยำในการคำนวณยา มีทักษะและจิตวิทยาสูง (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป, 2547)

1.4.1.4 สูติกรรม (Obstetrics Unit) ให้บริการดูแลและสังเกตอาการมารดาก่อนคลอด ดูแลความสุขสบายในระยะคลอด ช่วยทำคลอด ดูแลมารดาและสอนให้มารดาสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ หลังจากกลับบ้าน พยาบาลจะต้องมีทักษะเฉพาะ

1.4.1.5 ผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) ให้บริการผู้ป่วยในที่มีอาการรุนแรงจากการได้รับบาดเจ็บ หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและราคาแพงช่วยในการดูแล มีจำนวนพยาบาลที่ดูแลมากกว่าแผนกอื่นและ

พยาบาลต้องใช้ทักษะในการดูแลสูง ความเสี่ยงที่จะเกิดมักต้องเกี่ยวกับการดูแลที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยา HAD การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการดูแลใกล้ชิดและต่อเนื่อง

1.4.1.6 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Unit) ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และภาวะที่คุกคามชีวิต เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก ซึ่งได้รับการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่จะเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วย ที่ต้องปฏิบัติการรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วนและรวดเร็ว

1.4.1.7 แผนกบริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Patient Department: OPD) ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่ไม่ต้องการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือคาดว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ไม่มีอาการเฉียบพลัน สอนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หรือนัดให้มาพบแพทย์ในครั้งต่อไป (Pinkney-Atkinson & Robertson, 1993) สำหรับในเรื่องความเสี่ยงมักเป็นเรื่องที่ไม่ร้ายแรง เช่น การเรียกชื่อเข้าผิดห้อง การนัดผิดพลาด ฯลฯ

จะเห็นได้ว่าในแต่ละแผนกในการปฏิบัติงานการพยาบาล ต้องให้บริการตามลักษณะความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลากหลายและแตกต่างกัน ส่งผลทำให้มีการทำงานแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความตึงเครียดในขณะปฏิบัติงาน เช่น ในหน่วยผู้ป่วยหนักที่พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือภาวะใกล้ตายจะต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดที่แตกต่างจากแผนกอื่น ๆ (Grey, 1996) ดังนั้น หากโรงพยาบาลขาดแนวทางปฏิบัติในเรื่องการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจนเป็นระบบจะส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงแตกต่างกันได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าสถานที่ปฏิบัติงาน ที่แตกต่างกันทำให้พยาบาลมีความเครียดในการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลและมีการรับรู้ความเครียดน้อยกว่าหน่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหนัก (Patrick, 1979)

#### 1.4.2 ประสพการณ์การทำงาน

ประสพการณ์ที่ใช้ในทางการพยาบาลมีความหมายใน 4 มิติ (Watson, 1991) ได้แก่ มิติแรกเป็นที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ หรือเหตุการณ์เฉพาะ ที่อาจมีผลหรือไม่มีผลมาจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล มิติที่สองเป็นลักษณะช่วงของเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม มิติที่สามเป็นความรู้ที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ทางคลินิกและความรู้ทางทฤษฎี (Benner & Wrubel, 1982 cited Benner, 1984) และมิติสุดท้ายเป็นความรู้ที่เกิดจากการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล (Nightingale, 1992 cited in Bobay, 2004)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ประสบการณ์ทำงานของพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาที่พยาบาล ปฏิบัติงาน โดยผสมผสานความรู้ทางทฤษฎีและการปฏิบัติงานในคลินิก มีการพัฒนาความคิดและ พฤติกรรมการปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ เบนเนอร์ (Benner, 1996) ได้อธิบายถึงความสามารถในการปฏิบัติการ พยาบาล ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ เนื่องจากความรู้ทางคลินิกเกิดขึ้นตลอดเวลาในการ ทำงาน จึงมีผลทำให้พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่าง และแบ่งระดับ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ จากน้อยไปหามาก ได้แก่

1. ระดับเริ่มต้นงานใหม่ หรือระดับอ่อนหัด (Novice) หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จ การศึกษาใหม่ หรือ พยาบาลที่ย้ายมาจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน มีทักษะพื้นฐานในการบริหารยาเพราะได้รับการสอนตั้งแต่เป็นนักศึกษา แต่ขาดประสบการณ์และ ทักษะในการปฏิบัติงานพยาบาลด้านอื่น ๆ และไม่คุ้นเคยกับลักษณะการเจ็บป่วยในแต่ละกลุ่มโรค จะ ทำงานตามมาตรฐานการพยาบาล แต่อาจจะปฏิบัติเร็วเกินไป หรือ ไม่เหมาะสม หรือ ไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน (Davidhizae & Lonser, 2003) พยาบาลระดับนี้ต้องการพยาบาลพี่เลี้ยง หรือการอบรม เพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง

2. ระดับความก้าวหน้าระดับต้น (Advanced Beginner) เป็นผู้มีประสบการณ์การ ทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง มีปฏิบัติงานในลักษณะของการให้การดูแลผู้ป่วยตามอาการ หรือ อาการ แสดงที่ปรากฏ เพียงเพื่อรักษาสถานะของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงขาดการ จัดลำดับความสำคัญของงาน และขาดความยืดหยุ่น มีความต้องการชี้แนะ ช่วยเหลือและการ สนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ

3. ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) มีการวางแผนการพยาบาลในระยะยาวเรียนรู้ วิธีการจัดการกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง สามารถนำเอาความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย มุ่งสนใจทำงานให้ทันเวลา คำนึงถึงมาตรฐานการปฏิบัติงาน แต่ยังมีข้อจำกัดใน การวิเคราะห์ สามารถจัดลำดับความสำคัญของงานได้ดีขึ้น มักรู้สึกว่าคุณเองมีความรู้มาก แต่ความจริง แล้วยังไม่มีความรู้มากนัก

4. ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) มีความสามารถมากขึ้น มองสถานการณ์ความ เสี่ยงในลักษณะองค์รวม มีการตัดสินใจที่ดี สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง และ สามารถจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงได้ดี

5. ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นผู้มีประสบการณ์มาก มีความเข้าใจ มีทักษะในการ วิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นอย่างดี สามารถคาดการณ์ ประเมินระดับ และความรุนแรงของความเสี่ยงได้ อย่างถูกต้อง ไม่ผิดพลาดหรือคลุมเครือ ไม่ยึดติดกับกฎเกณฑ์ ปฏิบัติตามความรู้สึกและประสบการณ์ สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงานทั้งด้านการปฏิบัติงานและด้านวิชาการ

จะเห็นได้ว่า ประสพการณ์การทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน โดยบุคคลที่มีประสพการณ์การทำงาน น้อยมักไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และในขณะที่ผู้ที่มีประสพการณ์มากกว่าสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่า (ชุตินา ฉัตรรุ่ง, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ เคิร์ก และนิโกร (Kirk, 1981; Nigro & Nigro, 1984) กล่าวคือ ผู้ที่มีประสพการณ์มากมักมีโอกาสเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ นานา ทำให้คนกล้าคิด กล้าตัดสินใจเมื่อเผชิญปัญหาอีกทั้งช่วยให้บุคคลจินตนาการ ได้กว้างไกล รอบคอบมีเหตุผลมากขึ้น ตลอดจนสามารถเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม เมื่อศึกษาประสพการณ์การทำงานของพยาบาลในสถานการณจริง พบว่าพยาบาลมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เท่ากัน จึงมีผลให้มีประสพการณ์การทำงานแตกต่างกัน โดยที่พยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้คำปรึกษา คาคการณ์ล่วงหน้า และบริหารจัดการในภาวะวิกฤตได้ดีกว่าพยาบาลระดับเริ่มต้นงานใหม่ (Brook, 2003) เพราะการจัดการส่วนหนึ่งเกิดจากประสพการณ์ (เสนาะ ดิยาว, 2546) และพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการทำงานมากกว่า มีการเรียนรู้ จัดลำดับความสำคัญ วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน การพยาบาลได้ดี ทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Gumberg, 1996) เพราะมีความเข้าใจความเสี่ยงได้ดีซึ่งกว่า สามารถวินิจฉัยปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ทำให้มีการบริหารความเสี่ยงได้ดีกว่า ในทำนองเดียวกันกับปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงนั้นพยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ยังต้องมี ทักษะการจัดการด้านเทคนิค มนุษยสัมพันธ์และด้านความคิด (พะยอม วงศ์สารศรี, 2542) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ แต่ก็มีแนวคิดในเรื่องประสพการณ์ของพยาบาลที่ขัดแย้งกัน ซึ่งคอฟเนอร์ และชอร์ (Kovner & Schore, 1998) ได้อธิบายประสพการณ์ ของพยาบาลว่าเมื่อพยาบาลที่มีประสพการณ์มากย่อมมีความรู้มากขึ้น มีหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น เช่น ต้องรับผิดชอบปฏิบัติงานในบทบาทของผู้สอนและผู้บริหาร มีผลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงน้อยลง และการศึกษาที่พบว่าพยาบาลในแผนกเด็กที่มีประสพการณ์การทำงานมากขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น แต่ไม่สามารถกำหนดขนาดยาได้ดี (Bayne & Bindler, 1988 cited in Armitage & Knapman, 2003; Perlstien et al., 1979) ส่วนในเรื่องการบริหารความเสี่ยง พบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานต่างกัันมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความผิดพลาดจากการทำงานไม่แตกต่างกัน (Bjork & Kirkevold, 1999)

#### 1.4.3 การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยง

การอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงเป็นการอบรมระหว่างทำงาน (In-service training) เพื่อพัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและมีทักษะหรือประสพการณ์ในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อกระบวนการบริหารความเสี่ยง (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) โดยคาดหวังว่าพยาบาลจะสามารถ ปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง

ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสภาพการทำงานในองค์กร (สุภาพร พิศาลบุตร และ บงยุทธ เกษสาคร, 2545) การจัดอบรมนั้นอาจจะกระทำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือทั่วทั้งองค์กรซึ่งมักจะใช้ระยะเวลาสั้นกว่าการศึกษาปกติ ตั้งแต่ 3 ชั่วโมง จนถึง 4 เดือน (นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (รัชนี สุจินทรรัตน์, 2546) คือ

1.4.3.1. การอบรมในเวลาปฏิบัติงาน (On the job Training) เป็นการอบรมอย่างไม่เป็นทางการให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้เดิม หรือความรู้ใหม่โดยการฝึกปฏิบัติทำควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานตามปกติ โดยมีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าเป็นผู้ควบคุมดูแลและให้คำปรึกษา

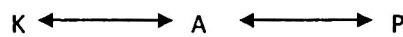
1.4.3.2. การอบรมนอกเวลาปฏิบัติงาน (Off the job Training) เป็นการอบรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นทางการ อาจเป็นลักษณะของความรู้ทั่วไป หรือความรู้เสริมประสบการณ์ในการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง โดยหน่วยงานหรือสถาบันที่มีหน้าที่จัดอบรม มักจัดในห้องประชุม หรือห้องอบรม ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีเวลาในการเรียนรู้อย่างเต็มที่ และจะต้องนำความรู้ที่ได้รับไป ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ดี จำเป็นต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (Swanburg, 1996) เพราะจะช่วยให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และการจัดอบรมการบริหารความเสี่ยงให้แก่แพทย์และพยาบาล จะช่วยลดคดีฟ้องร้องลงได้ (Hudson, 1991) นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงพฤติกรรมการให้ยาดีขึ้นและมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพขึ้น (จันทร์พร ขอดยิ่ง และทองศุภร์ บุญเกิด, 2544; ชวไล ชุ่มคำ, 2545) โดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ ทำให้เกิดความเสี่ยงน้อยกว่าพยาบาล ที่ได้รับการอบรมอย่างไม่เป็นทางการ (Rae & Berman, 2004) เพราะสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกได้ดีกว่า (Maria, 1983)

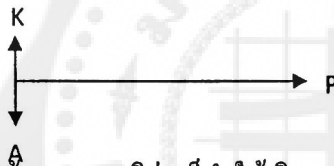
จะเห็นได้ว่าการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ มีเจตคติที่ดีซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมซึ่งเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การปฏิบัติ ละเจตคติก็พบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้จะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ มาก่อน ส่วนเจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ เชื่อกันว่าเจตคติมีผลต่อการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคล ในขณะเดียวกัน การแสดงออกหรือการปฏิบัติของ

บุคคลก็มีผลต่อเจตคติด้วย (ล้วน สายยศ, 2543) ซึ่งชวาทซ์ (Schwartz, 1975 อ้างถึงใน วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2541) ได้ศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคคล มี 4 รูปแบบ ดังนี้คือ

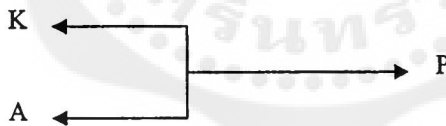
1) การปฏิบัติ (Practice: P) จะเป็นไปตามเจตคติ (Attitude:A) และความรู้ (Knowledge:K) ที่บุคคลมี โดยเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ คือ เจตคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกตามเจตคตินั้น และเจตคติจะเกิดจากการปฏิบัติและเกิดจากความรู้ตามมาได้



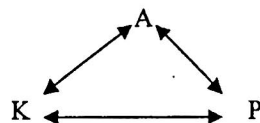
2) การปฏิบัติที่เกิดจากความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ หรือความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกัน ก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และเจตคติได้



3) ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้และเจตคติ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4) ความรู้ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อเจตคติก่อนแล้วการปฏิบัติเกิดขึ้นตามเจตคตินั้น และการปฏิบัติก็มีผลต่อความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นกัน



จากจากความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและปฏิบัติจึงสรุปได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์การทำงาน หรือการอบรม จะส่งผล

ให้พยาบาลมีเจตคติที่ดีเรื่องการบริหารความเสี่ยงและสามารถปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงได้ถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมในความเสี่ยงทุกด้าน โดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สำคัญยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาล

จึงสรุปได้ว่ากรอบรรมด้านการบริหารความเสี่ยงนั้นพยาบาลผู้ที่อบรมจะต้องผ่านประสบการณ์การทำงานมาแล้วระยะหนึ่งมีความต้องการและสนใจที่จะอบรมเพื่อนำความรู้มาประยุกต์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (Jane, 1989) ทำให้มีการเชื่อมโยงความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่กับความรู้เดิม โดยบูรณาการความรู้กับประสบการณ์การทำงาน และเกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต (ทัศนา บุญทอง, 2547) จนเกิดความจำที่เรียกว่าความจำระยะยาว (Long Term memory) ซึ่งเป็นความสามารถในการจำที่ไม่มีขีดจำกัดในเรื่องปริมาณและเวลา (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) ดังนั้นในการจัดอบรมจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ประสบการณ์ ความแตกต่างระหว่างบุคคล และความสามารถในการเรียนรู้ของพยาบาลด้วย (Knowles, 1978 อ้างถึงใน นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546) และเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะและเจตคติต่อการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาล สามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2546) สภากาพยาบาลจึงได้กำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพให้พยาบาลมีการต่ออายุในประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี (ทัศนา บุญทอง, 2547) ซึ่งแผนกการพยาบาลก็มีนโยบายการอบรมที่สอดคล้องกับสภากาพยาบาล สำหรับการอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยนั้นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราชได้กำหนดแผนดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงเป็นแผนปฏิบัติการ ครั้งละ 2 ปี ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการได้รับอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงในระยะ 2 ปีที่ผ่านมาของพยาบาลวิชาชีพ ตามนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล

## 2.การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics) เป็นศัพท์ที่มาจากภาษากรีก 2 คำ คือ “Orthos” แปลว่าตรงกับ “Paidios” แปลว่าเด็ก เมื่อแปลรวมกันแปลว่าทำให้เด็กตรง หรือหมายถึงการแก้ไขส่วนพิการต่างๆของเด็กให้ตรง คำว่าออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics) ตั้งขึ้นในปีค.ศ.1741 โดยศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Nicolus Andry (วรรณิ สัตยวิวัฒน์และคณะ, 2539) โรคทางออร์โธปิดิกส์ จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1.โรคของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เอ็นและประสาทที่เกี่ยวข้อง (Nontraumatic Orthopedics) เช่น การติดเชื้ของกระดูก วัณโรคของกระดูกและข้อ โรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ โรคปวดหลัง ความพิการต่างๆ

2.โรคกระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อแพลง (traumatic Orthopedics)

## 2.1 ความหมายการจำกัดการเคลื่อนไหว

การจำกัดการเคลื่อนไหว (immobilization) เป็นการจำกัดกิจกรรมและหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อต่างๆ รวมทั้งอวัยวะภายในของร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต่อโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ การจำกัดการเคลื่อนไหวทำได้หลาย ๆ วิธี เช่น การจัดให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง (bed rest) การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยพักหรือนอนหลับ การเข้าเฝือกส่วนแขนขา เพื่อช่วยให้การเชื่อมติดกันของกระดูกและเนื้อเยื่อเป็นไปโดยปกติและรวดเร็ว และการใช้เครื่องมือกำกับให้อวัยวะอยู่กับที่โดยการใช้เครื่องยึดดึง (สมคิด รักษาสัตย์,2531)

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึงการที่ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวโดยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นต่าง ๆ ด้วยตนเองได้เฉพาะบนเตียงหรืออย่างมากที่สุดก็นั่งข้างเตียงได้เท่านั้น โดยห้ามลุกเดินขึ้นเพื่อผลของการรักษาพยาบาลตามพยาธิสรีรของผู้ป่วยแต่ละราย (ชนกพร หาญชัยกุล,2536)

การจำกัดการเคลื่อนไหว หมายถึงผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวโดยสภาพของผู้ป่วยเอง เช่น ภาวะอัมพาต การสูญเสียเส้นประสาทที่มาเลี้ยงแขนขา อันเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองไม่ได้ ซึ่งภาวะนี้เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่ใช่เพื่อการรักษา

อาจสรุปได้ว่า การจัดการเคลื่อนไหว หมายถึงภาวะที่ร่างกายต้องหยุดการเคลื่อนไหว หรืออาจเป็นเฉพาะบางส่วน ซึ่งเหตุที่ทำให้ร่างกายต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวอาจเนื่องมาจาก พยาธิสภาพของโรคในตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นผลทางการรักษาของแพทย์

สาเหตุของการที่ผู้ป่วยต้องจำกัดการเคลื่อนไหวนั้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง และจากวัตถุประสงค์ในการรักษาพยาบาล

### 2.1.1 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วย ได้แก่

2.1.1.1 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้ เช่นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง หรือมีการทำลายของเนื้อสมองหรือมีความผิดปกติในการทำงานของรอยต่อระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่โรค Myasrhenia gravis และ Guillan Barre Syndrome เป็นต้น

2.1.1.2 ความอ่อนเปลี้ยหรือไม่แรงพอที่จะเคลื่อนไหวได้เนื่องจากโรคบางอย่างที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่หมดสติซึ่งอาจเกิดร่วมกับการเป็นอัมพาตจากการเป็นพยาธิสภาพของเนื้อสมองหรืออาจเกิดจากการได้รับยาหรือสารพิษเกินขนาด เป็นต้น

2.1.1.3 ภาวะซึมเศร้าหรือมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง

2.1.1.4 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรับรู้และสมองเสื่อม เช่น โรค Alzheimer

## 2.1.2 ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531)

เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายลดความวิตกกังวลหรือความกลัวลงได้ อาการเจ็บปวดเป็นอาการแสดงของการมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เป็นอาการที่บ่งชี้ความรุนแรงของโรค เช่นกรณีที่เป็นโรคเส้นเลือดโคโรนารีตีบหรือถูกอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนปลายเส้นเลือดขาดออกซิเจน จึงทำให้มีอาการปวดที่บริเวณหัวใจ หรือผู้ป่วยที่ทำการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะแรกๆ จะมีอาการเจ็บปวดที่แผลและบริเวณใกล้เคียง เมื่อให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สบายอาการเจ็บปวดจะทุเลาลงได้ เพราะการจำกัดการเคลื่อนไหวจะช่วยลดความระคายเคืองที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆ

2.1.2.1 เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ในกรณีที่มีบาดแผลหรือกระดูกหักการบังคับอวัยวะส่วนนั้นให้อยู่กับที่หรือไม่ให้เคลื่อนไหว หรือให้เคลื่อนไหวได้น้อยที่สุดจะช่วยให้การเชื่อมต่อกันของเนื้อเยื่อหรือของเซลล์กระดูก และทำให้กระบวนการหายของแผลได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยรักษาสภาพของไฟบริน (fibrin) เพราะไฟบรินเป็นส่วนที่ช่วยสกัดกั้นการลุกลามของเชื้อแบคทีเรียจากเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบเข้าสู่เนื้อเยื่อส่วนที่ดีได้

2.1.2.2 เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายเกิดความเสียหายมากยิ่งขึ้น เช่นกรณีที่มีไข้สูง การพยาบาลคือให้ผู้ป่วยนอนพักและเช็ดตัวลดไข้จนกว่าอาการไข้จะลดลง เพราะการให้ผู้ป่วยนอนพักจะช่วยลดปริมาณการให้ออกซิเจน และความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นของร่างกายซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานในระดับปกติหรือน้อยลง

2.1.2.3 เพื่อระดับประคองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อย การให้นอนพักหรือการจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวจะช่วยให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่น้อยลง ผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่น แข็งแรง และสภาวะของร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

## 2.2 วิธีการจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีวิธีการจำกัดการเคลื่อนไหว ด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

2.2.1. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายนอกได้แก่การใส่เฝือกปูนหรือใช้อุปกรณ์ที่ใช้ยึดจากภายนอก ซึ่งเฝือกหรืออุปกรณ์แต่ละชนิดจะใช้กับผู้ป่วยในรายที่กระดูกหักแตกต่างกัน

2.2.2. การจำกัดการเคลื่อนไหวภายใน ได้แก่การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ยึดตรึงอาจประกอบด้วย แกนโลหะยึดกระดูก แผ่นโลหะคานกระดูก สกรูยึดกระดูก

หรือแกนโลหะใส่ในโพรงกระดูกในผู้ป่วยบางรายหลังจากผ่าตัดยึดกระดูกแล้ว อาจต้องใส่ฝื่อกร่วมด้วย เพื่อให้มีความมั่นคงมากยิ่งขึ้น

2.2.3. การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (continuous traction) เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักนอกจากจะใช้ในการจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ได้แล้ว ยังสามารถใช้ตรึงชิ้นกระดูกที่หักให้อยู่นิ่งได้ผลจากการดึงซึ่งทำให้เนื้อเยื่อโดยรอบรอยหักยึดตัวดึงขึ้น ช่วยประคับประคองชิ้นหักและลดการเคลื่อนไหวจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งการใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนักที่พบบ่อยมี 2 ชนิด คือ

2.2.3.1 Skin traction เป็นการ ใช้แรงดึงโดยอาศัยความฝืดระหว่าง Adhesive tape กับผิวหนังผู้ป่วยเองโดยใช้ Adhesive tape ขนาดกว้างพอสมควรติดกับผิวหนังส่วนที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งกระดูกหักลงไป ตลอดความยาวของแขนหรือขาและถ่วงน้ำหนักที่ส่วนปลาย น้ำหนักที่ใช้ดึงปกติประมาณ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัวแต่ไม่ควรเกิน 5 กิโลกรัม และระยะเวลาในการดึงไม่ควรเกิน 3-4 สัปดาห์โดยส่วนใหญ่ใช้ในเด็กซึ่งไม่ต้องการแรงดึงมากนักเมื่อกระดูกติดแล้วจึงใส่ฝื่อต่อ เช่น fracture femur ในเด็ก สำหรับผู้ใหญ่ใช้ในการรักษาชั่วคราว เช่น ใช้ดึงก่อนทำผ่าตัดในราย Fracture neck of femur เป็นต้น

2.2.3.2 skeletal traction เป็นการ ใช้วัสดุยึดตรึง เช่น ลวดแข็งหรือสกรู เข็มโลหะ ลวดแกนโลหะใส่ในโพรงกระดูก เป็นต้น ตรึงติดกับกระดูกและโผล่ออกนอกผิวหนังส่วนหนึ่งเพื่อค้ำกับน้ำหนักที่ดึง แรงดึงจึงมีผลต่อชิ้นกระดูกโดยตรง โดยสามารถใช้แรงดึงได้ถึง 10-15 ก.ก. หรือประมาณ 1 ใน 6 ของน้ำหนักตัวและดึงได้นาน 3-4 เดือน

การจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวที่เป็นผลมาจากแผนการรักษาของแพทย์ แต่จากความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ สมจิต หนูเจริญกุล กล่าวว่าจำกัดความเคลื่อนไหว เป็นการจำกัดกิจกรรมและหรือการเคลื่อนไหวย่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูกข้อต่างๆ รวมทั้งอวัยวะภายในของร่างกายให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต่อโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้ออีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเช่นกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก กระดูกเชิงกรานหัก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้บางครั้งไม่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กใดๆ เพียงแต่ให้จำกัดการเคลื่อนไหวโดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ก็เป็นวิธีการรักษากระดูกให้ติดได้วิธีหนึ่ง

### 3. ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ความเสี่ยงที่เกิดในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวนั้น เป็นความเสี่ยงหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งตามประเภทของการจำกัดการเคลื่อนไหวได้ดังนี้

3.1. ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องมาจากภาวะสุขภาพของตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก ผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก ซึ่งผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานจึงมีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่พึงประสงค์ได้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

3.1.1 ผลกดทับ เกิดจากมีแรงกดเฉพาะที่เป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้อตายและเป็นแผล มักเกิดตามปุ่มกระดูกที่รองรับน้ำหนักตัว ในท่านอนหงายมักเกิดบริเวณก้นกบ ท่าตะแคงบริเวณสะโพก มีการศึกษาพบว่าบริเวณที่เกิดแผลกดทับมากที่สุดคือก้นกบ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับมีปัจจัยร่วมหลายด้านดังต่อไปนี้

3.1.1.1 แรงกดทับ เมื่อมีแรงกดทับมาก จะบีบหลอดเลือดจนเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง จึงเกิดเป็นแผลแม้ในระยะเวลาสั้นๆ แต่แรงกดทับน้อยทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้เช่นกัน ถ้าถูกกดเป็นเวลานาน เมื่อมีแรงกดทับเนื้อเยื่อได้ปุ่มกระดูกเป็นส่วนที่รับแรงกดมากที่สุด

3.1.1.2 ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดทับ เนื้อเยื่อที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทนทานไม่เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ได้แก่

1) ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยด้านสรีระและชีวภาพ ได้แก่

(1) ภาวะโภชนาการ การขาดโปรตีนทำให้เนื้อเยื่อเปราะบาง บวม ผิวหนังฉีกขาดได้ง่าย การขาดวิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามิน วิตามินซี วิตามินอี สังกะสี ทองแดง มีผลต่อการสังเคราะห์และการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

(2) การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยในผู้สูงอายุ ชั้นของผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นลดลง หนังกำพร้าหลุดลอกง่าย หลอดเลือดที่มาหล่อเลี้ยงลดลงทำให้ผิวหนังเปราะบางเกิดบาดเจ็บได้ง่ายมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กระดูกสันหลังหักเกิดแผลกดทับถึง 2 ใน 3

(3) ความเจ็บป่วย ภาวะเจ็บป่วยทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง เช่น ซึม สับสน ผู้ป่วยที่มีไข้สูงจะทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญ ทำให้เซลล์ขาดสารอาหารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต จึงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้

ง่าย และแผลกดทับเป็นสาเหตุของการมีไข้ที่สาเหตุอย่างอื่นไม่ได้ ที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุของการสูญเสียโปรตีน จึงยังทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียและทรุดโทรมมากยิ่งขึ้นไปอีก

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกไขสันหลัง กระดูกต้นขาหัก มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง โรคหลอดเลือดสมองและเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตบนต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตล่างต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ซึ่งอาจเกิดจากเลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง

2) ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยด้านกายภาพ ที่ทำให้ผิวหนังชั้นนอกเปราะบางเกิดแผลกดทับได้ง่ายได้แก่

(1) แรงเสียดสี (Friction) การเสียดสีของผิวหนังกับเตียงหรือผ้าปูที่นอน โดยเฉพาะการดึงลากขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาจทำให้ผิวหนังมีรอยฉีกขาด หรือมีรอยแดงคล้ายไฟไหม้ เรียกว่า “Shearing” แรงเสียดสีเป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับมีการศึกษาพบว่าถ้าไม่มีแรงเสียดสีต้องใช้แรงกด 290 มิลลิเมตรปรอท จึงจะเกิดบาดแผล แต่ถ้ามีการเสียดสีแรงกดเพียง 45 มิลลิเมตรปรอท ก็ทำให้เกิดบาดแผลได้

(2) การดึงรั้ง (shearing) แรงดึงรั้งเกิดเมื่อมีปฏิภันร่วมระหว่างแรงเสียดสีกับแรงโน้มถ่วง จะเกิดเมื่อไขเตียงให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง เกิดแรงเสียดสีระหว่างผู้ป่วยกับที่นอนดึงรั้งผู้ป่วยไว้ แต่น้ำหนักตัวเป็นแรงโน้มถ่วง ทำให้เลื่อนไถลลง เกิดการหยักรั้งของผิวหนัง เส้นเลือดและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เป็นสาเหตุทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณก้นกบและสันหลังทั้งสองข้างมีโอกาสที่จะเป็นแผลกดทับได้ง่ายและรวดเร็วยิ่งขึ้น แรงดึงรั้งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่าครึ่งนั่งครึ่งนอนเท่านั้น แต่จะพบได้เสมอเมื่อผู้ป่วยพยายามเปลี่ยนท่านอนด้วยตนเอง โดยใช้สันเท้าหรือข้อศอกหรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายยันกับที่นอนเพื่อช่วยให้เกิดแรงพอที่จะเลื่อนไถลตนเองให้อยู่ในท่าที่ต้องการได้ หรือการจัดให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งในท่าที่ไม่ถูกต้องและผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจที่จะอยู่ในท่าที่จัดให้ได้ ทำให้ต้องฝืนบางส่วนของร่างกายเพื่อให้สามารถอยู่ได้โดยปลอดภัยหรือเพื่อให้อยู่ในท่าที่ต้องการได้ ซึ่งเมื่อเกิดแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังแล้วจะทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้การไหลเวียนโลหิตในที่จะรับแรงกดลดลงและมีเลือดคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง และนำไปสู่ปัญหาการเกิดแผลกดทับได้

(3) ความเปียกชื้น (moisture) ความเปียกชื้นเพิ่มแรงเสียดสีและทำให้ผิวหนังยุบฉีกขาดได้ง่าย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะหรือกลั้นอุจจาระไม่ได้จะเพิ่มความ

เสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้ถึง 5.5 เท่า และพบว่าคนที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระรดที่นอนสามารถทำนายนการเกิดแผลกดทับได้ดี

3.1.1.3 บริเวณที่เกิดแผลกดทับได้ง่าย ในแต่ละท่าของผู้ป่วยจะทำให้ตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับแตกต่างกันคือ

1) ในท่านอนหงาย แผลกดทับมักจะเกิดบริเวณก้นกบ สันเท้าสะบัก ด้านหลัง ข้อศอก ท้ายทอย ถ้าผู้ป่วยผอมอาจพบได้บนร่องกระดูกสันหลัง

2) ในท่านอนตะแคง 90 องศา แผลกดทับมักเกิดบริเวณซี่ข้างของ ช่วงตัวด้านบน ศอก บริเวณข้างสะโพก สันเท้าด้านใน ถ้าขาไขว้ทับกันพบที่หัวไหล่ ไบหู

3) ในท่านอนคว่ำ แผลกดทับมักเกิดบริเวณหน้าอก (ด้านนมในผู้หญิง) หัวเข่า หัวไหล่ด้านหน้า เข่าและไบหู

3.1.1.4 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อเกิดแรงกดจะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสังเกตได้ตามลำดับดังนี้

1) ผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกดจะเริ่มมีสีแดงเรื่อๆ จะสังเกตได้ภายในเวลา 30 นาทีขึ้นไป นับตั้งแต่ได้รับแรงกด หากได้กำจัดแรงกดนี้สีแดงเรื่อๆ จะหายไปได้ภายในเวลาประมาณ 60 นาที

2) ในกรณีที่ยังไม่ได้กำจัดแรงกดและปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่สภาพนั้นต่อไปจะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ผิวหนังจะเริ่มมีสีคล้ำ ถ้าสามารถกำจัดแรงกดนั้นได้ภายใน 2-6 ชั่วโมง ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจะหายไปภายในเวลาประมาณ 36 ชั่วโมง

3) หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดโดยต่อเนื่องเป็นเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง บริเวณผิวหนังที่ได้รับแรงกดจะเริ่มบวม เพราะมีน้ำซึมผ่านออกมาจากหนังเส้นเลือดฝอย บริเวณใกล้เคียง เนื่องจากการมีความดันภายในเส้นโลหิตฝอยเพิ่มขึ้น หรือมีเลือดคั่งเนื่องจากโลหิตฝอยถูกทำลายจากแรงดึงและถูกเสียดสีเป็นเวลานาน เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย ซึ่งจะสังเกตเห็นผิวหนังมีสีเขียวคล้ำ หากกดเบาๆ จะรู้สึกมีก้อนแข็งๆ คล้ายเป็นฟองอยู่ใต้ผิวหนังในระยะนี้หากกำจัดแรงกดภาวะดังกล่าวนี้หายไปได้

4) ผิวหนังมีลักษณะออกจากกันและเกิดเป็นแผล เมื่อผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง การเกิดแผลจะสังเกตได้ภายในระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ เรียกว่าแผลกดทับ ในขั้นตอนนี้จะมีการติดเชื้อได้ง่าย ลักษณะของแผลกดทับอาจมีส่วนเป็นแผลตื้น หรือแผลลึกได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแรงกดและหรือแรงดึงระหว่างชั้นผิวหนัง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพที่เคลื่อนไหวไม่ได้เป็นสำคัญ

3.1.2 กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ เกิดจากความเจ็บป่วยและจากการที่กล้ามเนื้ออยู่ในท่าที่ต้านต่อความโน้มถ่วงของโลก ลักษณะที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนคือ กล้ามเนื้อจะขาดความตึงตัว และขนาดความแข็งแรง ซึ่งกล้ามเนื้อที่ไม่มีอาการเคลื่อนไหวจะสูญเสียความแข็งแรงประมาณวันละ 3% อาจเกิดขึ้นได้หลังจากที่นอนอยู่เฉยๆ บนเตียงเพียง 1-2 วัน หากปล่อยไว้ขนาดของกล้ามเนื้อจะเล็กลงๆ และลีบได้ในที่สุด ทั้งนี้เพราะการหดตัวของกล้ามเนื้อหายไปหรือมีน้อยมาก การไหลเวียนโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อมีน้อยลงปริมาณของออกซิเจนที่ใช้สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ของเสียที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว โดยเฉพาะกรดแลคติก ซึ่งร่างกายจะต้องถ่ายเทออกมาในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ การสะสมซึ่งเป็นสาเหตุของความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ ถ้ากล้ามเนื้อยังไม่ได้ทำงานหรือถูกใช้ให้ทำงานตามปกติ ความแข็งแรงและขนาดของกล้ามเนื้อจะลดลง และหมดสภาพที่จะใช้งานได้ในที่สุด

3.1.3 ข้อติดแข็ง ปัญหานี้เกิดขึ้นได้กับทุกข้อที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อติดแข็งที่พบได้บ่อยคือที่ข้อเท้าหรือเรียกว่าเท้าตก ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ และข้อมือมือ สาเหตุเกิดจากมีการหดตัวอย่างมากของใยกล้ามเนื้อมัดที่ช่วยดึงข้อให้งอพับ ในระยะเริ่มต้นเมื่อเหยียดข้อออกไปแล้วปล่อย ข้อนั้นจะงอพับเข้าหาตัว โดยไม่สามารถควบคุมได้ การเคลื่อนไหวของข้ออาจจะอยู่ในรัศมีจำกัดในระยะต่อมาหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย ถ้าเป็นมากผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เมื่อมีผู้พยาบาลดึงข้อให้กางออก หากปล่อยทิ้งไว้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ข้อ จะเปลี่ยนแปลงไปอีกคือมีลักษณะทึบและแข็งตัว ทำให้ข้อต่อแข็งเกิดเป็นความพิการระยะยาวและการฟื้นฟูสภาพทำได้ยาก

3.1.4 ปอดบวม ปัญหาในผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน เมื่อมีเสมหะค้างอยู่ในทางเดินหายใจและปอด ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปอดบวมได้ง่าย ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมได้แก่

3.1.4.1 ผู้ป่วยมีความอ่อนแออยู่แล้วการไอไม่มีประสิทธิภาพความอ่อนแอนี้เกิดจากโรคของผู้ป่วยเอง รวมทั้งการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ซึ่งในคนปกติที่มีการเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลาจะสามารถไอขับเสมหะที่อยู่ในหลอดลมเล็กๆ ออกไปได้แต่ผู้ป่วยอ่อนแออาจไม่มีกำลังพอที่จะเช่นนั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงจึงมีเสมหะค้างค้างอยู่ เกิดการติดเชื้อตามมา ซึ่งมีผลทำให้มีเสมหะมากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจและเกิดปอดแฟบได้

3.1.4.2 ในท่านอนราบทำให้การกระจายของเชื้อเมื่อกรอบลอดลมเล็กๆ ผิดปกติไป ปกติแล้วเชื้อเมื่อกระจายอยู่รอบๆ หลอดลมเท่าๆ กัน และในท่านอนราบเชื้อเมื่อจะขัง

อยู่ในส่วนนี้ห้อยต่ำ ในขณะที่ส่วนบนอาจจะแห้ง การที่มีเยื่อเมือกขังมากเกินไปหรือแห้งเกินไปจะขัดขวางต่อการทำงานของซีเลีย ที่จะปัดเอาเยื่อเมือกที่มากเกินไปออกมา ได้ผลก็คือเยื่อเมือกกองทับถมกันมากขึ้น และเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อหรือการอุดตันได้

**3.1.5 ปัญหาต่อระบบการไหลเวียนเลือด** การนอนนานๆ ทำให้การไหลเวียนเป็นไปไม่ได้ไม่ดี เลือดจะกั่งค้างอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอที่จะช่วยบีบเลือดให้ไหลไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายและไหลกลับเข้าหัวใจได้ ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อลุกขึ้น การไหลเวียนเลือดจะช้าลง และผลจากการที่ร่างกายได้น้ำจำนวนไม่เพียงพอร่วมกับการนอนหงายในท่าอเอ่า หรือหนุนหมอนได้เข้าจะทำให้เกิดก้อนเลือดอุดตัน และหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งมีผลทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงและเร็วขึ้นเพื่อให้เลือดไหลจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย และถ้าก้อนเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดเล็กๆ จะทำให้บริเวณส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นขาดอาหารถ้าอาหารอุดตันนี้เกิดขึ้นกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกายเช่น สมอง หัวใจ จะมีอันตรายรุนแรงถึงขั้นเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้

### 3.1.6 ปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

**3.1.6.1 การขับถ่ายอุจจาระ** ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง คือท้องผูก อุจจาระจะมีลักษณะเป็นก้อนแข็งหากปล่อยให้ผู้ป่วยท้องผูกเป็นเวลาหลายวันต่อเนื่องกัน ปริมาณอุจจาระที่กั่งค้างจะเพิ่มมากขึ้นและไปอัดแน่นอยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด อุจจาระจะมีลักษณะแข็งมากขึ้นและแห้ง ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการวิงเวียนศีรษะ มีไข้ต่ำๆ ความดันโลหิตสูงกว่าปกติรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัดในท้อง บางรายพบว่ามีอุจจาระเหลวหรือเป็นน้ำไหลออกมาทางทวารหนัก ทำให้เข้าใจผิดได้ว่าผู้ป่วยท้องเสียหรือถ่ายอุจจาระได้เอง การที่มีอุจจาระไหลออกมาได้นั้นอาจเป็นอาการแสดงให้ทราบว่าลำไส้ส่วนเหนือขึ้นไปไม่สามารถทำหน้าที่ดูดซึมและทำหน้าที่บีบไล่ ได้ตามปกติ หากปล่อยให้ไว้ปริมาณอุจจาระที่กั่งค้างจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ถ่ายอุจจาระลำบากขึ้น

**3.1.6.2 การถ่ายปัสสาวะ** ปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะอาจพบเฉพาะปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือหลายปัญหาร่วมกัน เช่นการถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไหลกะปริบกะปรอยโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ จะมีอาการปวดและปัสสาวะบ่อย กระเพาะปัสสาวะตึง

เนื่องจากมีปีศาจอยู่เต็มแต่ไม่รู้สึกลัวตาย อาจมีการติดเชื่อในทางเดินปีศาจรวมทั้งมีการจัดตัวของแคลเซียมและแปรสภาพเป็นก้อนนิ้วในไตหรือในประพาะปีศาจได้ในที่สุด

**3.1.7 ปัญหาด้านจิตใจ** ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน จากการทำกิจกรรมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องมาถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไม่สามารถลุกเดินไปมาได้เหมือนปกติและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เหมือนเดิมต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ แม้จะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรได้ตามที่ต้องการ ไม่ทราบว่าการของตนเองเป็นอย่างไร จะต้องรักษาอย่างไร และต้องใช้ระยะเวลาานเท่าใด บางรายอาจมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือความซึมเศร้ากับผู้ป่วยได้ ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่จะมีระดับมากน้อยและการแสดงออกแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความนึกคิดประสบการณ์ และการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมที่เข้ามาเกี่ยวข้องของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก็เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงสภาพจิตใจอย่างไร จะมีความรุนแรงอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้สึก ประสบการณ์และการยอมรับผลที่มากจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของแต่ละคน ซึ่งปัญหาด้านจิตใจนี้เป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนมีความเฉพาะตัวของแต่ละคน การปฏิบัติที่จะต้องสนองความต้องการของแต่ละคนขึ้นอยู่กับพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ

### 3.2 ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อันเนื่องจากแผนการรักษาของแพทย์

**3.2.1 การจำกัดการเคลื่อนไหว** ภายนอก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เฝือกแขนหรือขา ซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยประเภทนี้มีดังนี้คือ

**3.2.1.1 ภาวะ compartment syndrome** เป็นภาวะที่มีการเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อจนกระทั่งมีระดับเท่ากับหรือสูงกว่าความดัน diastolic ของหลอดเลือดที่อยู่ในช่องนั้น เนื้อเยื่อที่ถูกห่อหุ้มอยู่จะขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดความเสียหายหรืออาจเกิดการตายของกล้ามเนื้อๆ จะเกิดการหดรั้งและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อเส้นใยเรียกภาวะนี้ว่า volkmann's ischemia contracture บางส่วนของใยกล้ามเนื้อที่ยังได้รับเลือดมาเลี้ยงอาจมีการฟื้นตัวและเจริญขึ้นใหม่ได้บ้าง สำหรับ

เส้นประสาทที่ทอดผ่านช่องดังกล่าวจะเสียหายหรือตายเมื่อขาดเลือดมาเลี้ยงซึ่งทำให้เกิดเป็นอัมพาตของอวัยวะส่วนนั้นได้ อาการเหล่านี้มีสาเหตุมาจาก

- 1) ช่องกล้ามเนื้อมีขนาดลดลงเช่นจากการเย็บชั้น fascia เข้าหากันการรัดด้วยผ้าพันแผลที่แน่นเกินไป หรือมีแรงบีบรัดจากการเข้าเฝือก
  - 2) การเพิ่มความดันภายในช่องกล้ามเนื้อเช่นภาวะมีเลือดออกในช่องกล้ามเนื้อ การบวมจากการบาดเจ็บโดยตรงหรือโดยอ้อมที่กล้ามเนื้อ และการเพิ่มของแรงดันในหลอดเลือดฝอยหรือหลอดเลือดอุดตัน
- อาการแสดงที่สำคัญได้แก่

(1) ความเจ็บปวด (pain) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมากทั้งๆ ที่ได้รับการตามกระดูกส่วนที่หักเรียบร้อยแล้ว แม้จะใช้ยาระงับปวดขนาดปานกลางยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร การช่วยยึดกล้ามเนื้อที่สงสัยเช่นการช่วยเหยียดนิ้วมือ หรือกระดูกนิ้วเท้าขึ้นเป็นการกระตุ้นให้อาการปวดรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ compartment syndrome อาการปวดจะหายไปในระยะท้ายของโรคเมื่อเส้นประสาทถูกทำลายหรือไม่ทำงานแล้ว

(2) ชีด (pallor) อาจตรวจพบได้ไม่ชัดเจน และไม่จำเป็นต้องพบเสมอไป บางรายอาจมีอาการเขียวเป็นจ้ำๆ ที่บริเวณอวัยวะส่วนนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก เมื่อขาดเลือดมาเลี้ยง นายเข้าจึงมีอาการซีดได้ในภายหลัง

(3) เป็นอัมพาต (paralysis) เป็นอาการที่พบในระยะ 3 – 4 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา (paraesthesia) ต่อมาจะเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนนั้นไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะหลังเมื่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายหมดแล้ว

(4) คลำชีพจรไม่ได้ (pulselessness) เกิดในระยะท้าย อวัยวะส่วนนั้นไม่ได้ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะหลังเมื่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายหมดแล้ว

3.2.1.2 เฝือกกดทับเส้นประสาท ในการเข้าเฝือกแขนหรือขา อาจทำให้เส้นประสาทถูกกดทับได้ เช่น การเข้าเฝือกตลอดขา (Long Leg Cast) เส้นประสาทที่อาจถูกกดคือเส้นประสาทคอมมอนเพอโรเนียล (common peroneal nerve) ซึ่งอยู่บริเวณคอของกระดูกทิวลา (fibula) ถ้าเส้นประสาทนี้ถูกกด ผู้ป่วยจะไม่สามารถกระดกข้อเท้าขึ้นได้ ปลายเท้าจะตกลง (foot drop) หรือในอีกกรณีหนึ่งของการใส่เฝือกปูนที่ขาและผู้ป่วยนอนในท่าที่ไม่ถูกต้อง ขาข้างที่ใส่เฝือก

เกี่ยวกับการเดิน นอกจากนี้ตรงตำแหน่งที่เป็นของของเครื่องพยุงเครื่องตาม (splint) ต่างๆ อาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ เช่น บริเวณ โคนขา

3.2.3.4 ความเสี่ยงจากการนอนบนเตียงนานๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

### 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

#### 3.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยเข้าเฝือกปูน วัตถุประสงค์ของการเข้าเฝือกปูน

- 1) ให้อวัยวะนั้นอยู่นิ่ง
- 2) ให้อวัยวะนั้นอยู่ในท่าที่ต้องการ
- 3) ป้องกันความพิการ เช่น ในผู้ป่วยที่ปลายเท้าตก
- 4) แก้ไขความพิการ เช่น ผู้ป่วยที่มีความพิการของข้อเท้า ข้อมือ
- 5) ให้อวัยวะส่วนนั้นกลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงกับสภาพปกติให้มากที่สุด

##### 3.3.1.1 การพยาบาลก่อนเข้าเฝือกปูน

- 1) การเตรียมด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลกับสิ่งต่อไปนี้

(1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าเฝือก เช่น กลัวเจ็บ กลัวความพิการ ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าเฝือก แนะนำวิธีปฏิบัติตนขณะเข้าเฝือกและบอกถึงความไม่สุขสบายขณะเข้าเฝือกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า

(2) ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมเนื่องจากต้องเข้าเฝือกปูนเป็นเวลานานเป็นเหตุให้ขาดรายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัว พยาบาลควรคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้และหาทางช่วยเหลือ

2) การเตรียมด้านร่างกาย คือการเตรียมบริเวณที่จะเข้าเฝือก ต้องตรวจว่ามีผื่นเป็นโรคผิวหนังหรือมีบาดแผลหรือไม่ ถ้าพบสิ่งผิดปกติดังกล่าวควรรายงานแพทย์ทราบ ถ้ามีบาดแผลต้องทำแผลเสียก่อน ถ้าไม่มีบาดแผลให้ทำความสะอาดด้วยสบู่แล้วล้างให้สะอาด เช็ดให้แห้งใช้ alcohol 25% เช็ดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องโกนขนบริเวณที่จะเข้าเฝือก นอกจากในรายที่ต้องทำผ่าตัดแล้วเข้าเฝือกเพื่อ immobilization อวัยวะส่วนนั้น

- 3) การเตรียมเตียงและเครื่องใช้เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องเฝือก

- (1) เตียงควรเป็นเตียงที่ปรับระดับได้ตามความต้องการ
- (2) ที่นอนควรเป็นที่นอนแน่นและมีผ้าขางปูรองกันความชื้นจากเฝือก
- (3) หมอนควรหุ้มด้วยวัสดุที่กันความเปียกชื้นได้

(4) ควรมีที่โหนดตัวเหนือศีรษะผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ช่วยในการ โหนเพื่อพลิก ตะแคงหรือยกตัวขึ้นจากเตียง

### 3.3.3.2 การพยาบาลหลังเข้าเฝือกปูน

1) ในขณะที่เฝือกยังไม่แห้ง ปล่อยให้ผู้ป่วยส่วนที่เข้าเฝือกได้สัมผัสกับอากาศที่ถ่ายเท ห้ามนำผ้าห่มมาคลุมเฝือกเพราะจะทำให้เฝือกแห้งช้าและห้ามนำของแข็งมาวางบนเฝือกเพราะจะทำให้เฝือกเสียรูปทรงได้

2) ให้ออกอวัยวะส่วนที่เข้าเฝือกไว้ให้สูงกว่าหัวใจ เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนกลับดีขึ้น ในกรณีผู้ป่วยใส่เฝือกที่แขนให้ sling แขนไว้แนบลำตัว

3) สังเกตอาการต่างๆ เหล่านี้เพื่อป้องกันภาวะสันเลือดเส้นประสาทถูกบีบรัด

(1) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังใส่เฝือกสังเกตอาการของ neuro vascular ทุก 1 ชั่วโมง โดยสังเกตอาการเหล่านี้

ก. มีอาการบวมที่ปลายมือหรือปลายเท้าและเฝือกคับ

ข. อาการปวดที่รุนแรงมากแม้ให้ยาแก้ปวดแล้วอาการยังไม่ทุเลา

ค. อาการซีดของอวัยวะส่วนปลาย ซึ่งในระยะแรกอาจพบว่าปลายนิ้วหรือนิ้วเท้า มีสีเขียวคล้ำ ต่อมาจึงพบอาการซีดได้ในภายหลัง

ง. อาการชาและเคลื่อนไหวไม่ได้ของอวัยวะส่วนนั้น

จ. คลำชีพจรไม่ได้

ถ้าพบอาการเหล่านี้ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที

4) แนะนำไม่ให้เฝือกเปียกน้ำหรือสกปรก ถ้าเฝือกสกปรกให้ใช้ผ้าหมาดๆ เช็ด

5) ถ้ามีอาการคันห้ามใช้สิ่งของใดๆ แหยงเข้าไปในเฝือก เพราะอาจทำให้เกิดการฉีกหรือบาดแผลได้ ในกรณีชอบเฝือกไม่เรียบให้ใช้เทปกาวปิดขอบเฝือกให้เรียบเพราะขอบเฝือกอาจบาดทำให้เป็นแผลได้

6) ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและช่วยตนเองให้มากที่สุด ขณะเข้าเฝือกพยายามใช้กล้ามเนื้อส่วนที่ไม่ได้เข้าเฝือก ออกกำลังกายกล้ามเนื้อและบริหารข้อที่อยู่ใกล้เคียงกับบริเวณที่ใส่เฝือกเพื่อใช้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวอยู่เสมอ กล้ามเนื้อไม่ลีบง่าย การเกร็งกล้ามเนื้อในเฝือกจะทำให้หลอดเลือดมีการบีบตัว ส่งผลให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

7) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูงเช่นเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว อาหารที่มีวิตามินและแคลเซียมสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรงและติดเร็วยิ่งขึ้น

8) ควรสังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วยเป็นประจำทุกวันในเรื่องต่อไปนี้

- (1) เฝือกหลวมหรือคับ มีรอยร้าว หัก หรือมีการกดทับของเฝือกบริเวณใดหรือไม่
- (2) เฝือกมีกลิ่นเหม็นหรือไม่
- (3) การ support เฝือกถูกต้องหรือไม่
- (4) มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิต การกดทับเส้นประสาทหรือไม่ (อาการ ปวด บวม ชา เคลื่อนไหวนิ้วมือ นิ้วเท้าไม่ได้ จับ pulse ไม่ได้)
- (5) ผู้ป่วยนอกกำลังกล้ามเนื้อและข้อบริเวณที่ใส่เฝือกและใกล้เตียงมากน้อยเพียงใด
- (6) ในกรณีที่มีบาดแผลบริเวณที่เข้าเฝือกเมื่อเปิด window เพื่อทำแผลควรบันทึกลักษณะของบาดแผลไว้ด้วย

### 3.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเข้า traction วัตถุประสงค์ของการเข้า traction

1. ดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ (reduction)
2. บรรเทาอาการปวด (relieve pain)
3. บรรเทาอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (relieve muscle spasm)
4. ป้องกันและแก้ไขความพิการ (prevent and correct deformities)
5. ให้อวัยวะส่วนนั้นอยู่นิ่ง (immobilization)

#### ข้อบ่งชี้ในการทำ skin traction

skin traction ได้ผลในการรักษากระดูกหักในเด็กบางชนิดได้เนื่องจากใช้แรงดึงไม่มากในการจัดชิ้นกระดูกที่หัก มีความปลอดภัยและผิวหนังสามารถทนต่อการดึงได้เมื่อใช้ระยะเวลาดึงสั้น

1. กระดูกหักในผู้ใหญ่จะรักษาโดยการ ใช้ skin traction เมื่อ
  - 1.1 กระดูกนั้น stable ดี
  - 1.2 ใช้ดึงไว้ชั่วคราวก่อนที่จะทำผ่าตัดใส่เหล็ก
  - 1.3 ใช้ในการ immobilization ข้อที่เคลื่อนหลุดภายหลังที่ได้จัดให้เข้าที่แล้ว หรือใช้เพื่อ

immobilization ภายหลังการผ่าตัด

#### ข้อห้ามในการทำ skin traction

1. มีแผลถลอก แผลกระดูกงูกระรึง มีการอักเสบ หรือแผลพุพองของผิวหนังตรงบริเวณที่เข้า traction

2. มี impairment ของการไหลเวียนของโลหิต เช่น varicose ulcers, gangrene กระดูกหักแบบเกยกันมากทำให้ แขน ขาสั้น ต้องใช้น้ำหนักในการถ่วงมาก ซึ่ง skin traction ไม่สามารถทนน้ำหนักที่ใช้ถ่วงได้

ข้อดีของการทำ skin traction คือไม่ต้องใส่ pin หรือ wire เข้าไปในกระดูกซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

ข้อเสีย คือทำให้เกิดการระคายเคืองที่ผิวหนัง ในบางรายที่แพ้ adhesive tape อาจทำให้เกิดตุ่มพองและเป็นแผลได้

ข้อดีของการทำ skeletal traction คือการดึงที่กระดูกโดยตรง และสามารถใช้แรงดึงได้มากกว่า skin traction ซึ่งอาจใช้น้ำหนักได้ถึง 40 ปอนด์

ข้อเสีย คือเสี่ยงต่อการติดเชื้อของกระดูกและ soft tissue ถ้าใช้แรงดึงมากเกินไปอาจเกิด non union ได้

การเตรียมผู้ป่วยเข้า traction

1. การเตรียมด้านจิตใจ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการเข้า traction และการปฏิบัติ

ขณะเข้า traction เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

2. การเตรียมด้านร่างกาย

2.1 การเตรียมร่างกายในการเข้า skin traction ถ้าทำที่ขาในผู้ป่วยชาย ควร โกนขนทิ้ง ทำความสะอาดผิวหนังด้วยสบู่และล้างน้ำให้สะอาด

2.2 การเตรียมร่างกายในการทำ skeletal traction ให้เตรียมบริเวณที่จะเข้า skeletal traction เหมือนกับการเตรียมผ่าตัด การทำ skeletal traction แพทย์อาจทำที่ในหอผู้ป่วย หรือส่งไปทำที่ห้องผ่าตัด ถ้าทำที่ห้องผ่าตัดให้ผู้ป่วยงด น้ำและอาหารไว้ด้วย

3. การเตรียมเครื่องใช้ต่างๆ

3.1 set สำหรับเข้า skin traction

3.2 เชือก ลูกรอก ถูทรายหรือน้ำหนัก ผ้า sling

ถ้าทำ skeletal traction จะต้องใช้ Steinmann pin หรือ Kirschner wire, hand deill, pin cutter ถ้าทำ skull traction ต้องใช้ skull tong แทน wire หรือ pin เครื่องใช้ต่างๆ เหล่านี้จะต้องทำให้ปราศจากเชื้อโรคเสียก่อน

3.3 Splint ต่างๆ เช่น Bohler Braun splint ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาส่วนล่างหัก

3.4 ชนิดของเตียงๆ ที่ใช้ในผู้ป่วยที่เข้า traction เตียงสำหรับเข้า traction จะต้องมี bar สำหรับแขวนลูกกรอกและมี Over head bar หรือ traceze สำหรับโหนตัวเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และเตียงสามารถปรับได้ ส่วนที่นอนต้องไม่อ่อนนุ่มจนเกินไป

การพยาบาลผู้ป่วยเข้า traction

1. Position ของผู้ป่วย ควรจัดให้ถูกต้องกับการเข้า traction แต่ละชนิด
2. ดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะส่วนหลังซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านอนหงายตลอดเวลา
3. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อและบริหารข้อต่อต่างๆ
4. ป้องกันแผลกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ
5. ให้อาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง
6. ให้ดื่มน้ำมากๆ
7. สังเกตการณ์ไหลเวียนของโลหิต บริเวณแขน ขา
8. ดูแลให้ traction มีประสิทธิภาพและทำงานอยู่ตลอดเวลา

### 3.3.3 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

1. การเตรียมทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดจะทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวได้ พยาบาลสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดังนี้

1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องทำผ่าตัดและให้มั่นใจในการผ่าตัดของแพทย์

1.2 เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัด พยาบาลควรพูดคุยอย่างเป็นกันเอง

1.3 อธิบายให้ญาติทราบและเข้าใจ เพื่อจะได้คอยช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

1.4 ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ในค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องออกค่ารักษาเอง ควรส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์

2. การเตรียมทางด้านร่างกาย แบ่งเป็น การเตรียมร่างกายทั่วไป และการเตรียมร่างกายสำหรับผ่าตัด

#### 2.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป

2.1.1 ตรวจสอบสภาพร่างกายว่าพร้อมที่จะผ่าตัดหรือไม่ มีโรคประจำตัวหรือมีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

2.1.2 ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผสม เล็บมือ เล็บเท้า ปาก ฟัน

2.1.3 ตรวจสอบผล Lab ทางห้องปฏิบัติการว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีควรรีบรายงาน

แพทย์ทราบ

2.1.4 ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ในบางรายที่มีความวิตกกังวลแพทย์อาจให้ยา sedative ซึ่งจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป

2.1.5 วัน vital sing และลงบันทึกให้เรียบร้อย ถ้าพบสิ่งผิดปกติควรรายงานแพทย์

2.1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

2.1.7 สอน breathing exercise และ effective cough ให้แก่ผู้ป่วย

2.1.8 แนะนำให้ฝึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะบนเตียง

## 2.2 การเตรียมร่างกายสำหรับการผ่าตัด

2.2.1 การเตรียมผิวหนังทั่วไป ก่อนวันผ่าตัดควรให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผมในรายที่ช่วยเหลือตัวไม่ได้ พยายามควรปฏิบัติให้

2.2.2 การเตรียมผิวหนังเฉพาะที่ ควร โกนขนให้กว้างและยาวกว่าบริเวณที่จะที่ผ่าตัด โดยใช้น้ำสบู่กับน้ำธรรมดาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด สำหรับการขจัดไขมันและสิ่งสกปรกออกจากผิวหนัง ขณะเตรียมผิวหนังให้ระวังมีด โกนบาดผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อได้

2.2.3 คืนก่อนวันผ่าตัดให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทุกชนิด

2.2.4 การสวนอุจจาระ ในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อแล้วแต่คำสั่งของแพทย์

การพยาบาลในวันผ่าตัด

1. ให้ผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอมหรือมีเครื่องประดับติดตัวให้ถอดออก ถ้าผู้ป่วยทาเล็บให้ล้างเล็บให้สะอาด

2. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแฟ้มประวัติผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ ต่างๆ ที่จะต้องนำไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้ป่วย

3. ตรวจสอบความสะอาดบริเวณผิวหนังอีกครั้ง และตรวจสอบความเรียบร้อยของร่างกายทั่วๆ ไป

4. วัด Vital signs ลงบันทึกให้เรียบร้อยพร้อมทั้งให้ยา premed ตามแผนการรักษา

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. position ของผู้ป่วยภายหลังออกมาจากห้องผ่าตัด ควรให้นอนหงายราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักจากการอาเจียนและเป็นการป้องกันลื่นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจด้วย

2. วัด vital signs ทุก 15 นาที 4 ครั้ง วัดทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง ถ้าปกติวัดทุก 4 ชั่วโมง

3. สังเกต Bleeding จากแผลเลือด ถ้ามีเลือดออกจากแผลหรือ drain มากกว่า 200 cc ต่อชั่วโมงควรรายงานแพทย์ทราบ

4. สังเกตอาการ Shock โดยดูเลือดที่ออกจากแผลหรือ drain ประกอบกับผล Hct ถ้าลดต่ำกว่าลงมาจากระดับปกติ ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าปกติและชีพจรเบาเร็วให้รีบรายงานแพทย์

5. ดูแลเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดให้เพียงพอและถูกต้อง
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแขน ขา ควรตรวจสอบการไหลเวียนของเลือดที่มาเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย ถ้าพบความผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ทราบ ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการไหลเวียนของเลือดให้ยกอวัยวะส่วนนั้นให้สูงเพื่อลดการบวม
7. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ breathing exercise และ effective cough พร้อมทั้งเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม แผลกดทับ
8. ระมัดระวังเรื่องความปลอดภัย ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้ตัว เด็ก หรือผู้สูงอายุควรยกเหล็กกันเตียงเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียงได้

#### 4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 4.1 งานวิจัยภายในประเทศ

สมพร พงษ์ไทย (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชและศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติจริง พบว่าแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่สามารถนำไปใช้ได้จริงมี 7 เรื่องคือ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การป้องกันข้อติด การป้องกันกล้ามเนื้อลีบ การป้องกันภาวะ Hypostatic Pneumonia การลดความรุนแรงของภาวะเส้นเลือดถูกบีบรัด การป้องกันภาวะเครียด

ชวลี เข้มวงษ์ (2539) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับสูง กลุ่มที่เกิดแผลกดทับเป็นกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังและซับซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

นุปผา จันทรจักร (2546) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มต่อพันวันนอนลดลงหลังใช้แบบประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปองหทัย พุ่มระย้า (2547) โรงพยาบาลนครินทร์ราชธานี โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองปฏิบัติ โดยทำวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับ ระหว่างผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการจำนวน 15 คน และผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น จำนวน 15 คน โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันด้านอายุ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเคน ระดับอุณหภูมิกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติเกิดแผลกดทับจำนวน 4 คน (ร้อยละ 26.7) แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่เกิดแผลกดทับเลย แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นสามารถป้องกันแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นวลสกุล แก้วลาย (2545) โดยวิเคราะห์จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีอยู่ในประเทศไทย 36 เรื่อง ผลการศึกษา พบว่าการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 วิธีการที่ใช้กระบวนการคิดและการกระทำร้อยละ 58.90 ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย กลุ่มที่ 2 วิธีการที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง คิดเป็นร้อยละ 20.51 ได้แก่ การนวด การจัดทำผู้ป่วย การสัมผัส และการใช้เครื่องเทนส์ และกลุ่มที่ 3 การใช้หลายวิธีร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 20.51 ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลทั้งหมดมีค่าเป็นลบและมีค่าอยู่ระหว่าง - 0.25 ถึง - 5.05 ซึ่งให้เห็นว่าตัวอย่างในกลุ่มทดลองร้อยละ 70-99 มีความเจ็บปวดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ วิธีการพยาบาลที่ให้ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลสูงเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้เครื่องเทนส์ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้การเล่นเกมส์ การนวด การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติ การจัดทำผู้ป่วย การผ่อนคลายและการใช้วิธีร่วมกัน

#### 4.2 งานวิจัยภายนอกประเทศ

Rawsky (1988) ได้ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มขณะอยู่ในโรงพยาบาลพบว่าพบมากที่สุด คือผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเดิน การขึ้นและการพยุงตัว

The Joanna Briggs Institute (2001) ได้ศึกษาวิจัยด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วยเป็นความเสี่ยงและทำให้เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มมากที่สุดรองลงมาคือการที่ผู้ป่วยได้รับยามากกว่าหนึ่งชนิด โดยเฉพาะยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาต้านการชักจะทำให้มีอุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า

Hendrich, Bender & Nyhuis (2003) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติหกล้มจะต้องให้การระมัดระวังเป็นพิเศษเนื่องจากจะพบการหกล้มซ้ำได้อีกและจากการประเมินความเสี่ยงหากได้คะแนน 1 จากการได้ยานอนหลับให้พยาบาลเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด

Shanly, C (2003) ได้ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบด้วย การส่งต่อข้อมูลอย่างละเอียดชัดเจน การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การปรับปรุงและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ การลดการผูกยึดและการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

Byers,Arrington&Finsten (1990) ได้ค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินในกลุ่มพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากที่สุด เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยสับสนเพียงแม้ข้อเดียวก็ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด

Hudson,T. (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในแมริแลนด์ 40 แห่ง โดยศึกษาถึงประสิทธิภาพการถูกฟ้องร้อง พบว่าโรงพยาบาลมีการถูกฟ้องร้องลดลง เมื่อ 1) มีการให้การศึกษแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทการบริหารความเสี่ยง 2) มีแนวทางการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้นในหน่วยงาน 3) มีคณะกรรมการคอยติดตามตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงและมีขั้นตอนการรายงานความเสี่ยง



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มุ่งพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม คือ บุคลากรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คนและผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ประมาณเดือนละ 100 คน (สถิติ ร.พ.,พ.ศ. 2552)

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คนกลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ เป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกคือผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การใส่เฟือก การผ่าตัดตรึงกระดูก การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (Continuous traction) จำนวน 50 ราย

#### 1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1.แบบสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

คะแนน 1 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อย

คะแนน 2 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง

คะแนน 3 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก

คะแนน 4 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นต่อแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบุคลากร

- คะแนน 1 หมายถึง บุคลากรเห็นด้วยกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับน้อย  
 คะแนน 2 หมายถึง บุคลากรเห็นด้วยกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับพอใช้  
 คะแนน 3 หมายถึง บุคลากรเห็นด้วยกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับปานกลาง  
 คะแนน 4 หมายถึง บุคลากรเห็นด้วยกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับมาก  
 คะแนน 5 หมายถึง บุคลากรเห็นด้วยกับแนวทางการบริหารความเสี่ยงในระดับมากที่สุด

1.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่แผนกศัลยกรรมทั่วไป จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85 จึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

## 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.ขั้นเตรียมการ ศึกษาเอกสาร ตำรา วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ประชุมบุคลากรทุกคนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยระดมสมอง วิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันอย่างครอบคลุม สร้างแบบวัดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง สร้างแบบสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แบบประเมินความคิดเห็นต่อแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบุคลากร

2.ขั้นดำเนินการ ดำเนินการฝึกอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ patient safety goal ของโรงพยาบาล แนวปฏิบัติกรณีต่างๆในการป้องกันความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ ความหมายของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กำหนดเป้าหมาย การนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไปใช้ปฏิบัติจริง

3.ขั้นประเมินผล ประเมินผลแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยการอภิปรายข้อดีข้อเสียและนำมาปรับปรุงแก้ไข

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อทำวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ เพื่อรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้บุคลากรทุกคนทราบวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจขั้นตอนและกระบวนการบริหารความเสี่ยงพร้อมทั้งจัดทำวิธีปฏิบัติเพื่อให้เป็นแนวทางการดำเนินงานและประเมินผลทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง
4. ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ปรากฏว่าได้แบบประเมินที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปวิเคราะห์ได้จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 ฉบับ คิดเป็นร้อยละร้อย ของแบบประเมินทั้งหมด และจากกลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 8 ฉบับ คิดเป็นร้อยละร้อย ของแบบสอบถามทั้งหมด

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงาน โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)
- 4.2 ข้อมูลระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง และระดับความรู้ในการบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จำแนกรายด้านและโดยรวม

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสนอผลการพัฒนาเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
2. ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
3. ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

## 1. ผลการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

วิธีการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของอนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543) และใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin (1982) และศึกษาจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 17 คน ร่วมกันพัฒนาโดยมีการประชุมกลุ่ม ระดมสมองวิเคราะห์ร่วมกัน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

### 1. อุปสรรคและปัญหาในการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย

1.1 นโยบายการบริหารความเสี่ยง บุคลากรไม่ทราบว่านโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีเป้าหมายที่สำคัญอะไรบ้าง ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงมีกี่ระดับ เหตุการณ์สำคัญภายในโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังมีอะไรบ้างรวมทั้งการสื่อสารไม่ชัดเจน

1.2 แนวทางการบริหารความเสี่ยง ยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้การตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรแต่ละตำแหน่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่ควรได้รับ

1.3 การขาดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ไม่ครอบคลุมหรือไม่รายงานอุบัติการณ์โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก เนื่องจากยังมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ในทางลบ นอกจากนี้การแสดงผลบทบาทในการจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงานยังมีน้อย เช่น การวิเคราะห์หาสาเหตุและรากเหง้าของปัญหา การพัฒนาระบบใหม่จากการเกิดปัญหาบ่อยๆ และความรุนแรงที่เกิด ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างเป็นระบบ

1.4 ระบบการนิเทศงาน ขาดการนิเทศงานจากหัวหน้างานการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีความเคยชิน ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความไม่ระมัดระวัง ขาดความรู้ในเรื่องของศาสตร์ทางการพยาบาล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลายประการ นอกจากนี้พบว่าในการเรียนรู้จากการนิเทศงานช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักมากขึ้น

2. การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยบุคลากรร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ พบว่าความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย มีจำนวน 9 รายการ คือ

#### 2.1 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

#### 2.2 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

2.3 การทบทวนทรมานจากความเจ็บปวด

2.4 ภาวะเครียด

2.5 ภาวะข้อติด

2.6 ภาวะกล้ามเนื้อลีบ

2.7 การคิดเชิงอวกาศ

2.8 การเกิดภาวะHypostatic Pneumonia

2.9 การเกิดภาวะเส้นประสาทถูกบีบรัด

ซึ่งเมื่อได้ความเสียหายที่พบข้อแล้ว ได้ร่วมกันค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายการและจัดทำเป็นแบบรายการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้แล้วนำมาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น



2. ผลการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิด

แผลกดทับ (n = 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.เตรียมเตียงได้ถูกต้อง			
1.1 หมอน 2 ใบ	95.2	.88	มากที่สุด
1.2 จัดผ้าปูที่นอนและผ้าขางเตียงให้เรียบร้อยและตึงเสมอ	82.3	.79	มาก
2.จัดท่านอน ได้ถูกต้อง ดังนี้			
2.1 นอนหงายใช้หมอนรองได้เข้า	85.5	.69	มาก
2.2 นอนหงายศีรษะสูง ไขหัวเตียง 30 องศาใช้หมอนรองได้เข้า	84.3	.85	มาก
2.3 นอนตะแคงกึ่งหงาย 30 องศา วางหมอนรองรับหลังวางแขน แนบลำตัวเล็กน้อย จัดขาเหยียดตรง ขาขนงเล็กน้อย สอดหมอน ตามยาวระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง ตั้งแต่ได้เข่าลงมาถึงข้อเท้า	86.2	.74	มาก
2.4 การจัดทำให้ใช้ผ้ายกทุกครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการลากดึงตัวผู้ป่วย	84.4	.68	มาก
3.ดูแลให้ผิวหนังสะอาดและชุ่มชื้นเสมอ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ควรทาโลชั่นหลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูกกระดูก ระวังไม่ให้ผิวหนังขึ้น และหรือแห้งมากเกินไป	84.6	.76	มาก
4.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	90.2	.83	มาก
5.ไม่ใช้ห่วงยางลมให้ผู้ป่วยนอนทับ	95.0	.78	มากที่สุด
6.ไม่ใช้ถุงมือใส่นำรองรับบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ	96.3	.82	มากที่สุด
โดยรวม	88.8	.78	มาก

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =88.8%)

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (n = 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. จัดวางของที่จำเป็นให้เป็นระเบียบและใกล้ให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก	87.5	.77	มาก
2. จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เช่น แก้วน้ำ ม้ารองเท้า โต๊ะ เตียง เก้าอี้ เข้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยลงจากเตียงและลุกเดินได้สะดวก	86.3	.73	มาก
3. อย่าทำอะไรรีบร้อนเพราะจะพลัดล้มได้ง่าย	84.5	.69	มาก
4. ถ้าขึ้นบันไดหรือเดินบนพื้นที่ขรุขระ อย่าใส่ถุงเท้าเพราะจะล้มได้ง่าย	86.9	.71	มาก
5. สวมรองเท้าส้นเตี้ยและพื้นรองเท้าไม่ลื่น	88.5	.83	มาก
6. ถ้ารู้สึกว่าการทรงตัวไม่ดี ควรใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยพยุงเดิน	89.3	.56	มาก
7. อย่าเดินในที่เปียกแฉะ ถ้าจะเป็นต้องระมัดระวังให้มาก	91.2	.64	มากที่สุด
8. ใช้สัญญาณแจ้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่	88.6	.67	มาก
9. แสงสว่างเพียงพอในเวลากลางคืนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุขณะเดิน ยืน	92.3	.83	มากที่สุด
10. ขกรวากันเตียงขึ้นตลอดเวลาในกรณีที่ผู้ป่วยสับสน	94.3	.80	มากที่สุด
11. กรณีผู้ป่วยที่นอนบนเตียงเป็นเวลานานๆ เมื่อลุกขึ้นนั่ง/เดิน ต้องมี ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาคอยให้ความช่วยเหลือ	87.4	.75	มาก
12. ขณะไปห้องน้ำ ถ้าการทรงตัวไม่ดีต้องมีผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วย ตลอดเวลา ใช้ราวยึดเกาะและให้เก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ	82.1	.74	มาก
13. ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถเข็นต้องล็อคล้อเตียง ล้อรอนนั่ง เพื่อ ป้องกันการเลื่อน ไถลขณะที่ผู้ป่วยวางก้นบนรถเข็น	86.4	.67	มาก
โดยรวม	88.1	.72	มาก

จากตารางที่ 4.2 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 88.1\%$ )

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด (n = 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
<u>1.การเตรียมตัวผ่าตัด</u>			
1.1. ประเมินระดับความปวด ด้วยแบบประเมินความปวด	92.5	.78	มากที่สุด
1.2. ดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจ	83.2	.71	มาก
1.3. ถ้าอาการปวด Pain scale < 5 ได้ให้ช่วยตามความเหมาะสม เช่น จัดทำให้สุขสบายใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ	81.9	.67	มาก
1.4. ในกรณี pain scale > 5 มีการบำบัดความปวดโดยใช้ยา	87.8	.68	มาก
1.5. ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยา	83.3	.80	มาก
1.6. มีการติดตามอาการเจ็บปวดซ้ำหลังให้ยา	87.9	.79	มาก
<u>2.ระยะหลังผ่าตัด</u>			
2.1. ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดตามแบบประเมินความปวด	89.2	.85	มาก
2.2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา	92.3	.72	มากที่สุด
2.3. จัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้า-ออก ลึกๆ เป็นต้น	83.6	.66	มาก
2.4. ตรวจสอบแผลผ่าตัด และให้การแก้ไขตามความเหมาะสม	86.4	.75	มาก
2.5. ให้ออกซิเจนถ้าจำเป็น	85.6	.72	มาก
2.6. ตรวจสอบสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง	95.4	.89	มากที่สุด
2.7. ประเมินความปวดหลังการแก้ไขเป็นระยะ และบันทึกในแบบบันทึกการประเมินความปวด	92.3	.82	มากที่สุด
โดยรวม	87.79	.76	มาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 87.79\%$ )

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดการเกิดความวิตกกังวล (n = 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร	82.5	.78	มาก
2. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการอธิบายอย่างคร่าวๆ ถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์	75.3	.81	ปานกลาง
3. เปิดโอกาสผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือซักถามปัญหา	77.5	.72	ปานกลาง
4. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยท่าที่สนใจและเห็นใจ	79.1	.68	ปานกลาง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้จักและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือมีอาการคล้ายคลึงกันที่การรักษาได้ผลดี	82.5	.77	มาก
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเท่าที่จะทำได้	85.0	.69	มาก
7. ให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือคลายเครียด ฟังเพลง เทพธรรมะหรือดูโทรทัศน์เพื่อความเพลิดเพลินตามสภาพของผู้ป่วย	73.8	.59	ปานกลาง
8. แนะนำการปฏิบัติเพื่อการผ่อนคลายเช่นการฝึกหายใจเข้า-ออกช้าๆ	82.1	.68	มาก
โดยรวม	79.7	71.5	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดการเกิดความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 79.7%)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia (n= 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia ต้องได้รับการซักประวัติโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบ หืด วัณโรค	77.5	.82	ปานกลาง
2. ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะ Hypostatic Pneumonia ดังนี้			
2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง หรือให้ลูกนั่ง	75.3	.78	ปานกลาง
2.2 ดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน	81.3	.67	มาก
2.3 สอน Breathing exercise และ Effective cough	85.6	.78	มาก
2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารปอดด้วยการเป่าลูกโป่ง หรือ Tri-flow	81.5	.75	มาก
2.5 ในรายที่มีเสมหะมาก เคาะปอดทั้ง 2 ข้าง (ถ้าไม่มีข้อห้าม)	72.3	.68	ปานกลาง
2.6 ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างพอเพียง (ถ้าไม่มีข้อห้าม)	85.4	.78	มาก
2.7 ประเมินสัญญาณชีพ และความคิดปกติของของการหายใจ	88.56	.67	มาก
โดยรวม	80.9	.74	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia โดยรวมอยู่ในระดับ ( $\bar{X}$  =80.9%)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ โดยรวม (n= 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. อธิบายสภาพของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์	78.9	.78	ปานกลาง
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อลีบ	82.3	.76	มาก
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักและเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย	77.5	.85	ปานกลาง
4. อธิบายจุดประสงค์ของการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและวิธีการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี	81.3	.75	มาก
5. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือกระทำกิจกรรมบางอย่างได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ	78.8	.68	ปานกลาง
6. เปิดเทปเสียงการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามทุกวันวันละ 30 นาที โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด	85.2	.77	มาก
โดยรวม	80.66	.76	มาก

จากตารางที่ 4.6 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 80.66\%$ )

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด (n= 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. อธิบายพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์	85.6	.48	มาก
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อผิดพลาด	88.9	.76	มาก
3. แนะนำการปฏิบัติตัว การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	92.5	.99	มากที่สุด
4. เปิดเทปเสียงและจัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที ในตอนบ่าย ทุกวัน โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด	84.2	.77	มาก
5. ประเมินและติดตามผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	72.6	.45	ปานกลาง
6. ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด	71.0	.58	ปานกลาง
โดยรวม	82.46	.67	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =82.46%)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการคาสายสวนปัสสาวะโดยรวม (n= 50)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. เลือกผู้ป่วยเพื่อใส่สายสวนปัสสาวะ เมื่อมีข้อบ่งชี้	87.5	.66	มาก
2. เลือกสายสวนปัสสาวะที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	88.7	.87	มาก
3. เตรียมอุปกรณ์การสวนปัสสาวะ ครบถ้วน	84.6	.57	มาก
4. วิธีการสวนปัสสาวะ	78.2	.58	ปานกลาง
4.1 ล้างมือแบบ Hygienic hand-washing ก่อนสวนปัสสาวะ			
4.2 สวมถุงมือปราศจากเชื้อ แล้วจึงทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ แล้วเช็ดบริเวณรูเปิดทวารปัสสาวะ	90.3	.96	มากที่สุด
4.3 เลือกสายสวนขนาดที่เหมาะสมปายใจหล่อลื่น โดยบีบสารหล่อลื่นทิ้งก่อนเล็กน้อย	92.5	.87	มากที่สุด
4.4 ใส่สายสวน สำหรับผู้ชาย รัดองคชาติให้ตั้งฉากกับลำตัวผู้ป่วย ด้วยนิ้วชี้ และนิ้วกลางของมือซ้าย สอดสายสวนเข้าในหลอดปัสสาวะช้าๆ ให้ปัสสาวะไหลออกสะดวกดี ส่วนผู้ป่วยหญิงใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือซ้ายแหวก labia แล้วจึงค่อยๆ สอดสายสวนเข้าเช่นเดียวกัน	82.3	.68	มาก
4.5 ครึ่งสายสวนปัสสาวะด้วยพลาสติกในผู้ป่วยหญิงให้ครึ่งสายสวนปัสสาวะกับที่โคนขาด้านใน ส่วนผู้ป่วยชายครึ่งที่โคนขาด้านหน้าหรือหน้าท้องก็ได้ (ครึ่งรูปตัว E)	82.8	.72	มาก
4.6 จัดสายสวนให้ลาดลงจากท่อปัสสาวะสู่ถึงปัสสาวะที่แขวนไว้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ	79.1	.67	ปานกลาง
4.7 ล้างมือแบบ Hygienic hand-washing หลังทำการสวนปัสสาวะ	77.5	.68	ปานกลาง
โดยรวม	84.35	.72	มาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่าระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการคาสายสวนปัสสาวะโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =84.35%)



ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการบริหาร ความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (n= 17)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (ร้อยละ)	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.แนวทางการบริหารความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม	3.32	.65	ปานกลาง
2.แนวทางการบริหารความเสี่ยงช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น	3.56	.78	มาก
3.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้อง	4.45	.52	มากที่สุด
4.แนวทางการบริหารความเสี่ยงช่วยทำให้ท่านตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ	4.68	.77	มากที่สุด
5.ท่านภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยง	4.25	.63	มาก
6.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลมากขึ้น	3.53	.47	มาก
7.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านวางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลได้ครบถ้วน	4.25	.55	มาก
8.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.00	.84	มาก
9.แนวทางการบริหารความเสี่ยงเกิดประโยชน์กับหน่วยงานและตัวท่าน	3.98	.56	มาก
10.ท่านใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง	3.76	.64	มาก
โดยรวม	3.97	.64	มาก

จากตารางที่4.10 พบว่าระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการบริหารความเสี่ยง ในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.97$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 ศึกษาผลของการใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวศัลยกรรมกระดูกและข้อ

1.1.2 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวทางบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวศัลยกรรมกระดูกและข้อ

##### 1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม คือ บุคลากรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คนและผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ประมาณเดือนละ 100 คน (สถิติ ร.พ.,พ.ศ.2552)

##### 1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 8 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ เป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การใส่เฝือก การผ่าตัดตรึงกระดูก การใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (Continuous traction) จำนวน 50 ราย

### 1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1.แบบสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นต่อแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบุคลากร

1.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่แผนกศัลยกรรมทั่วไป จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86 จึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

### 1.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.5.1 ขั้นเตรียมการ ศึกษาเอกสาร ตำรา วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง ประชุมบุคลากรทุกคนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยระดมสมองวิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันอย่างครอบคลุม สร้างแบบวัดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง สร้างแบบสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว แบบประเมินความคิดเห็นต่อแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบุคลากร

1.5.2 ขั้นดำเนินการ ดำเนินการฝึกอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ patient safety goal ของโรงพยาบาล แนวปฏิบัติกรณีต่างๆในการป้องกันความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ ความหมายของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น กำหนดเป้าหมาย การนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวไปใช้ปฏิบัติจริง

1.5.3 ขั้นประเมินผล ประเมินผลแนวทางแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยพยาบาลวิชาชีพโดยการอภิปรายข้อดีข้อเสียและนำมาปรับปรุงแก้ไข

## 1.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏผล ดังนี้

1.6.1 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงทุกแนวทางโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =84.36%)

1.6.1.1 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =88.8%)

1.6.1.2 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =88.1%)

1.6.1.3 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =87.79%)

1.6.1.4 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดการเกิดความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  =79.7%)

1. 6.1.5 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia โดยรวมอยู่ในระดับ ( $\bar{X}$  =80.9%)

1.6.1.6 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =80.66%)

1.6.1.7 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันข้อติดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =82.46%)

1.6.1.8 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการคาสาขสวนปัสสาวะ โดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =84.35%)

1.6.1.9 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะเส้นเลือดประสาทถูกบีบรัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =86.55 %)

1.6.2 ระดับ ความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายชื่อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  =3.95)

### 1.6.3 อุปสรรคและปัญหาในการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย

1.6.3.1 นโยบายการบริหารความเสี่ยง บุคลากรไม่ทราบว่านโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาลมีเป้าหมายที่สำคัญอะไรบ้าง ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงมีกี่ระดับ เหตุการณ์สำคัญภายในโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังมีอะไรบ้างรวมทั้งการสื่อสารไม่ชัดเจน

1.6.3.2 แนวทางการบริหารความเสี่ยง ยังไม่มีคู่มือหรือแนวทางการบริหารความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้การตัดสินใจในการปฏิบัติกรพยาบาลของ

บุคลากรแต่ละตำแหน่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานที่ควรได้รับ

1.6.3.3 การขาดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ไม่ครอบคลุมหรือไม่รายงานอุบัติการณ์โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิก เนื่องจากยังมีทัศนคติต่อการรายงานอุบัติการณ์ในทางลบ นอกจากนี้การแสดงบทบาทในการจัดการความเสี่ยงในระดับหน่วยงานยังมีน้อย เช่น การวิเคราะห์สาเหตุและรากเหง้าของปัญหา การพัฒนาระบบใหม่จากการเกิดปัญหาบ่อยๆ และความรุนแรงที่เกิด ส่งผลให้ปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไขอย่างเป็นระบบ

1.6.3.4 ระบบการนิเทศงาน ขาดการนิเทศงานจากหัวหน้างานการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีความเคยชิน ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความไม่ระมัดระวัง ขาดความรู้ในเรื่องของศาสตร์ทางการพยาบาล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลายประการ นอกจากนี้พบว่าในการเรียนรู้จากการนิเทศงานช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักรู้มากขึ้น

1.6.4 แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ประกอบด้วย 8 ข้อ ดังนี้ 1) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม 3) การทุพโภชนาการจากความเจ็บปวด 4) ภาวะข้อติด 5) ภาวะกล้ามเนื้อลีบ 6) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7) การเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia 8) การเกิดภาวะเส้นประสาทถูกบีบรัด

## 2.อภิปรายผล

จากผลการพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยมีประเด็นสำคัญในการอภิปราย ดังนี้

2.1 แนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ประกอบด้วย 8 ข้อคือ 1) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม 3) การทุพโภชนาการจากความเจ็บปวด 4) ภาวะข้อติด 5) ภาวะกล้ามเนื้อลีบ 6) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 7) การเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia 8) การเกิดภาวะเส้นประสาทถูกบีบรัด ทั้งนี้เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่บุคลากรมีความเห็นตรงกันว่ามีโอกาสที่จะเกิดขึ้นมากที่สุดในหอผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมพร พงษ์ไทย (2545) ที่กำหนดไว้เพียง 7 ด้าน ซึ่งด้านที่แตกต่างกันคือการเฝ้าระวังป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นเป้าหมายความปลอดภัย (Safety

goal) ของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯสยามบรมราชกุมารีและเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ในหอผู้ป่วยได้มีแนวทางเฝ้าระวังป้องกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยที่ได้กำหนดไว้ในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกระดับฝ่ายการพยาบาล

2.2 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยรวมในทุกหัวข้ออยู่ในระดับมากยกเว้นการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากบุคลากรขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานยังขาดทักษะในการให้คำปรึกษาหรือการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวลซึ่งจากการศึกษาของนวลสกุล แก้วฉาย (2545) พบว่าการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงดังกล่าวจากการศึกษาของสมพร พงษ์ไทย (2545)พบว่าสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ ส่งผลต่อความสุขสบายของผู้ป่วยซึ่งเป็นการบริหารความเสี่ยงด้านจิตใจและสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลคือทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล

2.3 ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อพบว่าประเด็นสำคัญหลัก 4 ประการ ได้แก่ นโยบายไม่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติ การขาดความรู้ในการบริหารความเสี่ยงและการขาดการนิเทศติดตาม ซึ่งทั้ง 4 ประเด็นหลักได้มีการพัฒนาไปพร้อมกันโดยมีการกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงให้ชัดเจน ครอบคลุมและจัดทำเป็นเป้าหมายของหน่วยงาน มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการรายงานความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละแนวทาง การติดตามนิเทศงานอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในหลายรูปแบบ เช่น การจัดทำคู่มือ การตอบแบบสอบถาม การตรวจเยี่ยมในงานและจัดอบรม หลังจากการปรับปรุงพัฒนาพบว่าบุคลากรมีความกระตือรือร้นมากขึ้น ตระหนักในความสำคัญของความเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุและข้อร้องเรียนลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson, T. (1991) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในแมริแลนด์ โดยศึกษาถึงประสบการณ์การถูกฟ้องร้อง พบว่าโรงพยาบาลมีการถูกฟ้องร้องลดลงเมื่อ 1) มีการให้การศึกษาแก่แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทการบริหารความเสี่ยง 2) มีแนวทางการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้นในหน่วยงาน 3) มีคณะกรรมการคอยติดตามตรวจสอบการบริหารความเสี่ยงและมีขั้นตอนการรายงานความเสี่ยงอย่างไรก็ตาม แนวทางการบริหารความเสี่ยงดังกล่าวควรมีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอให้บุคลากรสามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

### 3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ คือ

3.1.1 ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ควรมีการกำหนดนโยบายในการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อให้เป็นแนวทางในการบริหารความเสี่ยงให้พยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงานสามารถปฏิบัติกรพยาบาลที่มีคุณภาพ

3.1.2 ฝ่ายการพยาบาล ควรมีการประเมินระดับการปฏิบัติตามคู่มือเป็นระยะๆ เพื่อให้มีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับภาระงานของแต่ละหน่วยงานที่มีความเฉพาะทางและประเมินความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลในประเด็นที่สำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.1.3 ฝ่ายการพยาบาล มีการสำรวจหาความจำเป็นในการฝึกอบรม (Training needs) และเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทางการพยาบาล

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการนำแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยโรคอื่นๆเพื่อให้เกิดความครอบคลุมภาวะเจ็บป่วยของประชาชน

3.2.2 ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหา อุปสรรค กับความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารความเสี่ยงในด้านอื่น จากกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น แพทย์ นักศึกษาพยาบาล ฯลฯ

3.2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการพัฒนาแนวทางและนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง



**บรรณานุกรม**

### บรรณานุกรม

- กนกพร คุปตานนท์.(2539).ผลของการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล:การศึกษาเฉพาะกรณีหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษฎา แสงวงดี. (2542). การบริหารความเสี่ยง: มิติใหม่ของการประกันคุณภาพ. วารสารกองการพยาบาล, 26(3), 34-45.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2525). การบริหารหอผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2545). ความเสี่ยงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง
- จันทร์พร ยอดยิ่ง, และทองสุกข์ บัญเกิด. (2544). รายงานวิจัยเรื่องผลของการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อประสิทธิภาพและพฤติกรรมกรให้ยาตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารกองการพยาบาล, 28(1), 95-105.
- เจนีวา รัศมีหาคูณ. (2544). การนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และจุฬารัตน์ สมรูป. (2542). คู่มือการใช้ยาและการจัดการการ เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- คาราวรรณ สร้อยอินทร์. (2536). การจัดการต่อการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นนิกันต์ วงศ์ลือ. (2543). การศึกษาความคาดหวังคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพพญา. งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา ปัญงมีดิถี.(2539).บทบาทพยาบาลในการป้องกันการให้ยาผิดพลาด.พยาบาลสาร,23(4),6-15.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2531). การวิเคราะห์ความแปรปรวน: Analysis of variance : Applied To research ประยุกต์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ:ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประคิม สุจฉายา และคณะ. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา ระบบบริการสุขภาพ และวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพไทย : มุมมองของพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูต. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2530). การบันทึกทางการพยาบาล: อนุกรมการบริหารการพยาบาล ลำดับที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเกษม.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2542). การตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย
- ภวพร ไพบูลย์วชิรกิจ. (2542). การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีนรัตน์ โภทชรัก. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกระบวนการพยาบาล การดูแล และการจัดการต่อความเสี่ยงของพยาบาลกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุรี วรณิษา. (2533). การศึกษากิจกรรมการวางแผนการบริหารของผู้บริหารการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. (2541). วิชาชีพการพยาบาล: ประเด็นและแนวโน้ม (พิมพ์ครั้งที่ 5). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- ราศี แก้วนพรัตน์. (2534). การฝึกอบรมเพื่อเสริมสมรรถภาพการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลออ หุตางกูร. (2530). คุณภาพการพยาบาล กับสิทธิมนุษยชน. ในเอกสารการประชุมการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (หน้า 57-69). กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

- วนิกา ว่องวัญนะ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน ความเครียดในงาน ภูมิหลังกับความสามารถในการทำงาน ตามการรับรู้ของตนเอง ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรดา ข่ายแก้ว. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงานและการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวรรณ เหนือคลอง, และคณะ. (2540). รายงานอุบัติการณ์การให้ยาผิดพลาดในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 15(3), 10-14.
- วันเพ็ญ อาจอุทธิรงค์. (2534). การศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการบริหารงานหอผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์ กระจกวงศาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล. (2537). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการแก้ปัญหาการบริหารทางการพยาบาลหัวหน้าเวรป่วยและเวรคึกโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชียร ทวีลาภ. (2529). การพัฒนาวิชาชีพด้วยมาตรฐานการพยาบาล. ใน เอกสารการประชุมวิชาชีพ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 4 (หน้า 1-3). กรุงเทพฯ: สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช.
- ศิริเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าวิชาชีพ การปกป้องผู้ป่วยและประสบการณ์การทำงานกับการป้องกันการปฏิบัติผิดพลาดในการปฏิบัติวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริกษณ์ วิทนคร. (2543). ความสามารถในการจัดการคุณภาพบริการทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. งานนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สมจิต รักษาสัตย์ (2531). การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2527). คุณภาพการพยาบาล องค์ประกอบ และปัจจัยส่งเสริม. ใน *เอกสาร* รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ (หน้า 11-12). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพร พงษ์ไทย. (2545). การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในแผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมยศ นาวิการ. (2538). การบริหาร. กรุงเทพฯ: นวสาส์น.
- สายสมร พลเชื้อ, และศิริวรรณ แสงทองทิพย์. (2541). กระบวนการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการรักษาพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลรัตนราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 23(4), 708-715.
- สาลี บุญศรีรัตน์, และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารกองการพยาบาล*, 28(2), 34-47.
- สุพัตรา วัชรเกตุ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมการจัดการทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร ตามการรายงานของตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2543). การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ. ชลบุรี: ภาควิชาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสนาะ ดิยาว. (2537). การบริหารบุคคล (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2543). ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อาภา นิตยศักดิ์. (2533). การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อารีย์ อรรถนุพรรณ. (2536). การวิเคราะห์งานของพยาบาลหัวหน้าเวรป่วย โรงพยาบาลสังกัด  
กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทัย หิรัญโต. (2531). หลักการบริหารบุคคล. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- Barry, S.R.(1999).Pharmacological aspects of nursing care(5 th ed.).Washington Delmar.Chassie,  
M. B. (1987). Risk management and quality assurance. In Management concepts for  
The new nurse (pp. 153-183). Philadelphia : J.B. Lippincolt
- Corcovan, D.K. (1981). Investigation of the relationship between selected variables and the  
Decision-making and managerial ability of head nurses in the Army Nurse Corps.  
Disertation Abstracts International, 967.
- Davis, N.M (1994). Teaching patients to prevent errors. AJN, 17(2), 17.
- Decker, P. J., & Sullivan, E. J. (1992). Nursing administration a micro/macro approach for  
effective. New Jersey: Appleton & Lange.
- Duran, G. (1980). Positive use of incident reports. Hostals, 16(1), 20-21.
- Elnitsky, C. (1997). Are hospital incident being reported?. JONA., 27(2), 40-46.
- Fiesta, J. (1992).Nursing malpractice : Cause for consideration.Nursing Management.30(2),12-13.
- Hill, L., & Smith, N. (1986). Self care nursing. New jersey: Prentices Hall.
- Jones, M. (1980). Training model helps staff eliminate risk. Hospitals, 54(1), 40-41.
- Julia, B., Freeman, C., & Freeman, C. (1993). Pharmacologic basis of nursing practice (4 th ed.).  
New York: Mosby.
- Kisk, R. (1981). Nursing management tools. Boston : Little, Brown and Company.
- Lachman, V.D. (1984). Increase productivity through performance evaluation. *Journal of  
Nursing Administration*, 14(1), 7-18.
- Mitchell, P.C., & Grippando, G.M. (1993). *Nursing perspectives and issues* (5 th ed.).  
New York : Drlmar.
- Nigro, F.A., & Nigro, L.E. (1984). *Modern public aadministrative*. New York : Harper and  
Row.
- Oppman, C.D. (1979). *Saff training vital for risk management*. *Hospitals*, 53(2),11-13.
- Perrys, S.E. (1978). Managing to avoid malpractice part 1. *Journal of Nursing Administration*,  
5(10), 43-47.

- Poteet, G. W. (1983), September). Risk management and nursing. *Nurse Clin North Am*, 18(3), 457-465.
- Poteet, G. W. (1983), September). Risk management and nursing. *Nurse Clin Nurth Am*, 18(3), 457-465.
- Strader, M.K., & Decker, P.J. (1995). *Role transition to patient care management*. New Jersey: Appleton & Lange.
- Sullivan, E. J., & Decker, P.J. (1988). *Effective management in nursing*. California : Addison-Wesley Publishing Company.
- Sullivan, E.J., & Decker, P.J. (1997). *Effective leadership and management in nursing* (3 rd ed.). California: Addison Wesley Longman
- Swansburg, R.C. (1990). *Management and leadership for nurse*. Boston : Jones and Bartlett.
- Wilson, J. (1999). *Clinical risk modification : A route clinical governance*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Young, L.C., & Hayne, A.R. (1988). *Nursing administration from concepts to practice*. Philadelphia : W.B. Saunders
- Marriner-Tomey,A.(1991).Guide to management. St.Louis:Mosby.
- Braden, B.J. and Bergstorm, N.(1994).Predictive validity of the Braden scale for pressure sore risk in nursing home population. *Research in Nursing& Health* 17(16):459-470.
- Brown,B.(1998).Control your risk. *Nursing management* 29(10):48.
- Wilson,J.(1999).Health and safety in the NHS.*British Journal of Nursing* 8(9):6-17



ภาคผนวก ก  
ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง



## แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

คำชี้แจง แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี
2. ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ ..... ปี
3. วุฒิการศึกษาสูงสุด  
( ) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
( )ปริญญา / เทียบเท่า  
( )ปริญญาโทสาขา.....  
( )อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง  
( ) ได้รับ จำนวน ..... ครั้ง  
( ) ไม่ได้รับ
5. ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลออโรโธปิดิกส์  
( ) ได้รับ  
( ) ไม่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

คำชี้แจง คำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) บนตัวเลือกที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อละ 1 ตัวเลือกเท่านั้น

1. ข้อใดไม่ใช่สาเหตุของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
  - ก. ปัญหาด้านการสื่อสาร
  - ข. บุคลากรขาดความรู้
  - ค. บุคลากรกล้าตัดสินใจ
  - ง. บุคลากรขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ
2. การไม่ยินยอมให้ญาตินิมนต์พระสงฆ์มาทำพิธีถวายสังฆทานให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายถือเป็นความเสี่ยงในด้านใด
  - ก. จิตใจ
  - ข. อารมณ์
  - ค. สังคม
  - ง. จิตวิญญาณ
3. ข้อใดไม่ใช่การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงจากข้อเรียกร้องในระยะแรกที่มีการใช้การบริหารความเสี่ยงในต่างประเทศ
  - ก. การป้องกันความเสี่ยง
  - ข. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง
  - ค. การยอมรับความเสี่ยง
  - ง. การถ่ายโอนความเสี่ยง
4. ข้อใดระบุถึงเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกระหว่างปฏิบัติงาน
  - ก. การทบทวนเวชระเบียน
  - ข. การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย
  - ค. บันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ
  - ง. ถูกทุกข้อ
5. ข้อใดเป็นการบ่งบอกถึงการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก
  - ก. ค้นหาสาเหตุของความเสี่ยง
  - ข. บอกระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
  - ค. รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้บังคับบัญชา
  - ง. นำอุบัติการณ์มาเรียนรู้ร่วมกัน

6. ในการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง
  - ก. ประเมินความถี่ของอุบัติการณ์
  - ข. ประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิด
  - ค. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย
  - ง. จัดทำบัญชีรายชื่อความเสี่ยง
7. ข้อใดกล่าวถึงความหมายของ Risk Profile ได้อย่างถูกต้องที่สุด
  - ก. เพิ่มสะสมผลงาน
  - ข. เพิ่มรวบรวมรายงานอุบัติการณ์
  - ค. บัญชีรายชื่อความเสี่ยง
  - ง. เพิ่มรวบรวมรายงานความเสี่ยงต่อผู้บังคับบัญชา
8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดทำบัญชีรายชื่อความเสี่ยงทางคลินิกคือข้อใด
  - ก. เผื่อระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย
  - ข. เผื่อระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
  - ค. เผื่อระวังบุคลากรในหน่วยงานไม่ให้เกิดอันตราย
  - ง. ถูกทุกข้อ
9. ในการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกข้อใดควรปฏิบัติ
  - ก. จัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
  - ข. จัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง
  - ค. วางมาตรการป้องกันความเสี่ยง
  - ง. จัดทำแนวทางปฏิบัติ
10. การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในระดับหน่วยงานควรปฏิบัติตามข้อใด
  - ก. การเขียนรายงานอุบัติการณ์
  - ข. การป้องกันไม่ให้อุบัติการณ์ซ้ำประทุกันซ้ำ
  - ค. การควบคุมความสูญเสีย
  - ง. ถูกทุกข้อ
11. แนวทางการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่ดี ต้องคำนึงสิ่งใดต่อไปนี้ เป็นลำดับแรก
  - ก. ความสามารถของหน่วยงาน
  - ข. งบประมาณ
  - ค. ความปลอดภัยของผู้ป่วย
  - ง. ความปลอดภัยของบุคลากร

12. ข้อใดไม่จัดว่าเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก
- ก. การเขียนรายงานอุบัติการณ์
  - ข. การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน
  - ค. การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
  - ง. การบันทึกทางการแพทย์
13. เหตุการณ์ในข้อใด เป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทางคลินิก (Risk Avoidance)
- ก. ส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้
  - ข. นำเด็กไปฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่
  - ค. ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูกก่อนนำผู้ป่วยไปผ่าตัด
  - ง. การงดผ่าตัดผู้ป่วย Elective case เนื่องจากวิสัญญีแพทย์ป่วย ไม่สามารถปฏิบัติงานได้
14. ข้อใดต่อไปนี้เป็นข้อมูลในการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก
- ก. ข้อมูลผลการเฝ้าระวังอุบัติการณ์
  - ข. ข้อมูลการฝึกอบรมบุคลากร
  - ค. ข้อมูลผลการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทิ้ง
  - ง. ข้อมูลผลการเฝ้าระวังคุณภาพเครื่องมือทางการแพทย์
15. ในการดำเนินงานเพื่อจัดการกับภาวะเสี่ยง กิจกรรมเชิงรุกที่ควรกระทำเป็นประจำทุกเดือนคือข้อใด
- ก. การเขียนรายงานความเสี่ยง
  - ข. การทบทวนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยง
  - ค. การเขียนรายงานอุบัติการณ์
  - ง. การทำ Grand Round
16. การแก้ปัญหาการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. กำหนดนโยบายที่ชัดเจน
  - ข. สร้างแรงจูงใจ
  - ค. กำหนดเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล
  - ง. ถูกทั้งข้อ ก และข้อ ข
17. ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกคือข้อใด
- ก. ระบบการนำองค์กร
  - ข. ระบบสารสนเทศ
  - ค. ระบบยา
  - ง. ถูกทุกข้อ

18. ข้อใดไม่ใช่วิธีการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก
- ก. การสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการ
  - ข. การเดินสำรวจภายในหน่วยงาน
  - ค. การไต่ถามข้อพิพาท/ข้อร้องเรียน
  - ง. การติดตั้งกล่องรับฟังความคิดเห็น
19. การสอนผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสันหลังหักให้ทำ Breathing exercise อยู่ในขั้นตอนใดของการบริหารความเสี่ยง
- ก. การจัดการกับความเสี่ยง
  - ข. การประเมินความเสี่ยง
  - ค. การค้นหาความเสี่ยง
  - ง. การประเมินผล
20. นาย ก. กระดูกแขนซ้ายท่อนล่างหักใส่ short arm cast ไว้และมีแผล lacerated wound ที่น่องซ้าย แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำแผล ขณะอยู่โรงพยาบาลแขนซ้ายบวมมากมีอาการปวดรุนแรง และกระสับกระส่าย หลังจากให้นอนยกแขนสูงพร้อมทั้งให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแล้ว 2 ชั่วโมง อาการยังไม่ทุเลา สิ่งแรกที่พยาบาลควรกระทำคือข้อใด
- ก. ให้ยาแก้ปวดซ้ำ
  - ข. สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
  - ค. พุดจาปลอบโยนให้กำลังใจ
  - ง. ดูความคิดผิดปกติการไหลเวียนของโลหิต โดยการทำ blanching test
21. สถานการณ์ในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากที่สุด
- ก. หญิงอ้วนอายุ 45 ปี กระดูกเชิงกรานหัก พลิกตะแคงตัวได้โดยต้องมีผู้ช่วย
  - ข. เด็กชายอายุ 7 ปี กระดูกขาขวาหักใส่ Hip spica ไว้ ร้องให้กวนตลอดเวลา
  - ค. หญิงสาวอายุ 20 ปี กระดูกต้นขาขวาหัก on skeletal traction ไว้ ขายาแก้ปวดทุก 4 ชม.
  - ง. ชายชราอายุ 86 ปี กระดูกสะโพกข้างซ้ายหัก on skin traction ไว้ มีอาการปวดมากไม่ค่อยยอมให้พลิกตะแคงตัว

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภาควิชา.....คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร  
ที่ ศธ 0519.4 / วันที่ .....

เรื่อง ขอส่งโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตการทำวิจัยที่ทำในมนุษย์

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ข้อเสนอโครงการวิจัยฯ พร้อมแบบ วจ.01, วจ.02, วจ.03/255จำนวน 5 ชุด

2. ดิסקเก็ตโครงการวิจัยฯ 1 แผ่น

ข้าพเจ้านางศิริพร อนันตสุข สังกัด ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ขอส่งโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อเพื่อขออนุญาต ทำการวิจัยในมนุษย์ เป็นเวลา 6 เดือน ณ หอผู้ป่วยทุกแผนก ที่สังกัดฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี และรับรองว่ายังไม่ได้เริ่มทำการวิจัยระหว่างที่ขอใบอนุญาต พร้อมกับส่งเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. แบบฟอร์มให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inform consent)
2. สรุปย่อโครงการวิจัย (Project summary) ในส่วนสรุปย่อนี้ ควรมีความยาวไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม
4. เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้ยินยอมให้วิจัย (Information sheet) ฉบับภาษาไทย
5. แบบสอบถาม (ถ้ามี)
6. อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

หัวหน้าโครงการวิจัยฯ

(.....)

รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯฝ่ายการพยาบาล



ภาคผนวก ค

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

## หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

วันที่ .....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้า ได้รับทราบโครงการวิจัยของนางศิริพร อนันตสุข เรื่อง การพัฒนาแนวทางการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือในการวิจัยทุกประการ

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข หากเกิด อันตราย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและ ตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองใน ข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ อันเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้า จะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะได้รับค่าชดเชย รายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจน มีสิทธิได้รับค่าทดแทนความ พิกัดที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร

ข้อ 6. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 7. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ จากการวิจัย สามารถติดต่อกับนางศิริพร อนันตสุข ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เบอร์โทรศัพท์ 037-395085 ต่อ 11419 โทรสาร037-395085 ต่อ 10713

ข้อ 8. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ  
ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่  
ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 0-3739-5085-6 ต่อ 10513

/ ข้าพเจ้า....

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ  
ข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ผู้ยินยอม / ผู้แทนโดยชอบธรรม

ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ .....พยาน

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ .....พยาน

(.....)

#### หมายเหตุ

1. ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความ  
ยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องเป็นผู้มีอำนาจทำการแทน  
เป็นผู้ให้ความยินยอม
2. กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความ  
ยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนาม หรือ  
พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

**ภาคผนวก ง**  
**แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล**



ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1.แนวทางการบริหารความเสี่ยงสามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม					
2.แนวทางการบริหารความเสี่ยงช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น					
3.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้อง					
4.แนวทางการบริหารความเสี่ยงช่วยทำให้ท่านตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ					
5.ท่านภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางบริหารความเสี่ยง					
6.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจการดูแลมากขึ้น					
7.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านวางแผน ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลได้ครบถ้วน					
8.แนวทางการบริหารความเสี่ยงทำให้ท่านวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
9.แนวทางการบริหารความเสี่ยงเกิดประโยชน์กับหน่วยงานและตัวท่าน					
10.ท่านใช้แนวทางการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง					