

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

สุมาลี โชติยะ*	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
สุนิตา คณะเจริญ**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุมาลี จารุสุขถาวร**	พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ**	พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
อดิษฐ์ มังกรพันธุ์**	พย.บ.

(รับ: 15 พฤษภาคม 2568, แก้ไข: 23 มิถุนายน 2568, ตอรับ: 17 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (2) ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ และ (3) พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผูกมัด ดำเนินการศึกษาใน 6 หอผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนาแนวปฏิบัติ และการนำไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้ป่วยวิกฤต 80 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน (2) พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต 80 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และมีคุณภาพโดยรวมร้อยละ 85.67 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยหรือญาติหลังการผูกมัด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบประเมินสมรรถนะพยาบาล มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.82, 0.80 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, repeated measure ANOVA และ chi square test

ผลการวิจัย พบว่า (1) แนวปฏิบัติ มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผูกมัด ระยะผูกมัด และระยะยุติการผูกมัด (2) อัตราการผูกมัดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระยะเวลาเฉลี่ยการผูกมัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ (4) กลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์เลือดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกายมากกว่ากลุ่มทดลอง (5) ความรู้สึกเชิงบวกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และความรู้สึกเชิงลบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ (6) สมรรถนะพยาบาลหลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรม และหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหลังการอบรม และมีความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก

ดังนั้น ควรมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ต่อไปและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม, การผูกมัดผู้ป่วย, หอผู้ป่วยวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

Corresponding author E-mail: sumalee.raj@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

The Development of a Holistic Nursing Practice Guideline for Restraint the Patient in Intensive Care Unit using Evidence Based Practice

Sumalee Chotiya*	M.N.S. (Administration nursing)
Sunitsa Khanacharoen**	M.N.S. (Adult nursing)
Sumalee Jarusukthavorn**	M.N.S. (Administration nursing)
Atcharaporn Youyangket**	M.N.S. (Gerontological nursing)
Atinut Mungkornpan**	B.N.S.

(Received: May 15, 2025, Revised: June 23, 2025, Accepted: July 17, 2025)

Abstract

This research and development study aimed to (1) develop evidence-based holistic nursing practice guidelines for the use of physical restraints in intensive care units, (2) evaluate the outcomes of the implemented guidelines, and (3) enhance nurses' competency in assessing and managing critically ill patients under physical restraint. The study was conducted across six intensive care units in four phases: identifying clinical issues, searching for evidence-based practices, developing and implementing the guidelines, and evaluating the outcomes. The sample consisted of 80 critically ill patients, divided equally into experimental and control groups, and 80 intensive care nurses. The nursing practice guidelines, used as a research instrument, demonstrated a content validity index of 0.85 and an overall quality score of 85.67%. Data collection tools included a questionnaire assessing patient or family feelings post-restraint, a nurse satisfaction questionnaire, and a nurse competency evaluation form. These instruments showed a content validity index of 1.0, with Cronbach's alpha coefficients of 0.82, 0.80, and 0.94, respectively. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, chi-square test, t-tests, and repeated measures ANOVA.

The results showed that: (1) the developed nursing practice guidelines consisted of three phases—pre-restraint, during restraint, and restraint termination; (2) the restraint rate and average duration of restraint in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$); (3) no local complications were observed in either group; (4) the control group had a higher incidence of unplanned removal of invasive medical devices than the experimental group; (5) the experimental group reported more positive feelings and fewer negative feelings after restraint use compared to the control group in all aspects; and (6) nurses' competency scores were significantly higher after the training than before, and continued to increase one month after the conclusion of the study. Nurses also reported a high level of satisfaction with the guidelines.

These findings suggest that the holistic, evidence-based nursing practice guidelines should be continuously implemented and further developed.

Key words: nursing practice guideline a holistic, physical restraint, intensive care unit

* Registered nurse, Rajavithi Hospital

Corresponding author E-mail : sumalee.raj@gmail.com

** Registered nurse, Rajavithi Hospital

บทนำ

การผูกมัดผู้ป่วยเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่นำมาใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเสี่ยงในการดิ้นท้อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น¹ รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย เสี่ยงจากเครื่องมือทางการแพทย์ แสงสว่างที่ต่อเนื่อง และการทำหัตถการต่าง ๆ ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นประสาทสัมผัสที่มากเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด สับสน กระสับกระส่าย และวิตกกังวล² สภาพเหล่านี้นำไปสู่ความจำเป็นในการใช้ยาระงับประสาท และการผูกมัดผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การผูกมัดผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย³ อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับเป้าหมายเดิมที่ต้องการป้องกันการดิ้นท้อช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ผื่นแพ้ผดผื่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทหรือเส้นเลือด และในกรณีที่มีรุนแรงอาจเกิดภาวะขาดอากาศหายใจจนถึงแก่ชีวิต¹ อาจเกิดประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมาย และส่งผลต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผูกมัด พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความกลัว ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือถูกปฏิบัติเหมือนวัตถุไร้ชีวิต^{5,6} ขณะที่ญาติต่างรู้สึกโกรธ เสียใจ และรู้สึกผิดที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคงต้องเผชิญกับการผูกมัด⁷ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน แม้ว่าในหลายสถานพยาบาลจะมีพัฒนาการแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ต้องถูกผูกมัด และบุคลากรพึงพอใจในกระบวนการมากขึ้น^{8,9} แต่การศึกษายังไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ ด้านระยะเวลาการผูกมัด อัตราการผูกมัด อุบัติการณ์ของการหลุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงความรู้สึกของผู้ป่วย และ

ญาติหลังการผูกมัด นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาในด้านการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลราชวิถีมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ในส่วนแผนการรักษาของแพทย์ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินข้อบ่งชี้ การตัดสินใจยังขึ้นอยู่กับดุลพินิจของพยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยโดยพิจารณาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก ขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ยังไม่เหมาะสม เช่น การนำผ้าปูเตียงมาใช้ในการยึดตรึงผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายและไม่สะดวกต่อการใช้งานจากสถิติการผูกมัดในโรงพยาบาลพบว่าอัตราการผูกมัดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565-2567 ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีสถิติการผูกมัดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.5, 47.1 และ 48.2 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยลักษณะใกล้เคียงกันกลับมีอัตราการผูกมัดที่แตกต่างกันมากคือ ร้อยละ 2.8 กับ ร้อยละ 70.1¹⁰ ความแตกต่างดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการผูกมัดผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากแนวทางปฏิบัติและทัศนคติของทีมสุขภาพ หอผู้ป่วยที่มีอัตราการผูกมัดสูงมักผูกมัดผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการดิ้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่กลับพบว่าอุบัติการณ์การดิ้นท้อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาบน้ำยังคงเกิดขึ้นสูงกว่าหอผู้ป่วยที่มีอัตราการผูกมัดต่ำ ส่วนในด้านการระยะเวลา พบว่าผู้ป่วยบางรายถูกผูกมัดนานถึง 34 วัน และในบางหอผู้ป่วยยังคงผูกมัดต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง แม้ว่าจะได้นำท่อช่วยหายใจออกแล้ว หรือยุติการผูกมัดเฉพาะช่วงเวรเข้าที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลเพียงพอ จะเห็นได้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อจิตใจและความสุขสบายของผู้ป่วยอย่างมาก และยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งข้อบ่งชี้ในการผูกมัด การดูแลระหว่างผูกมัดและข้อบ่งชี้เพื่อยุติการ

ผูกมัด ซึ่งส่วนใหญ่การตัดสินใจผูกมัดอยู่ในดุลพินิจของพยาบาลเป็นผู้ประเมิน^{11,12}

ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลสามารถตัดสินใจผูกมัดตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน มีอุปกรณ์ผูกมัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และสามารถยุติการผูกมัดได้ทันทีเมื่อหมดความจำเป็น โดยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวมุ่งหวังที่จะลดอัตราและระยะเวลาการผูกมัดให้เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์เลือนหลุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย ลดผลกระทบเชิงลบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ป้องกันความขัดแย้งกับทีมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพการบริการให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลราชวิถี ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาปีเดียน¹³ และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของซูกัพ (Soukup)¹⁴ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก

- 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปสู่การปฏิบัติ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการผูกมัดผู้ป่วยวิกฤต ดังแผนภาพที่ 1

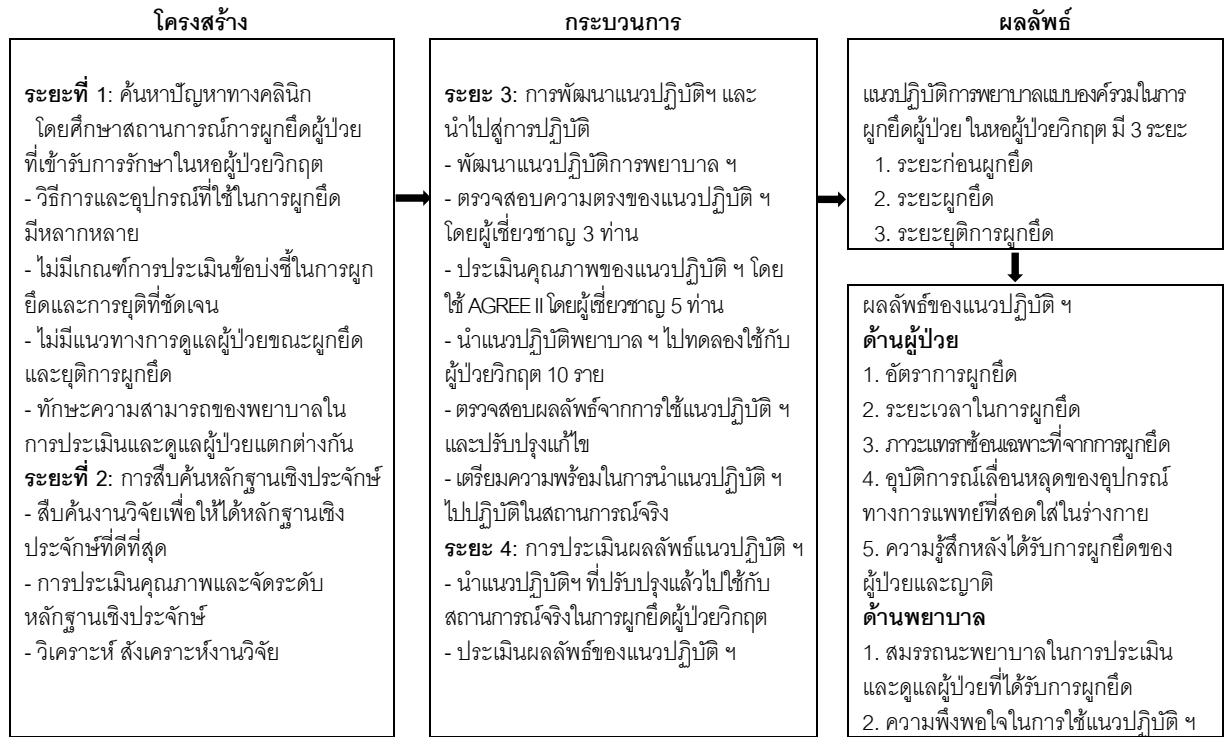
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2568 โดยขั้นตอนการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก เดือนพฤษภาคม 2565 (12 สัปดาห์) โดยศึกษาปัญหาและสถานการณ์การผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตจากการประชุมและสำรวจปัญหาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 6 หอผู้ป่วย เกี่ยวกับพฤติกรรมผูกมัดผู้ป่วย พบว่า หอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีแนวปฏิบัติ การพยาบาลและเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการผูกมัดผู้ป่วยวิกฤตที่ชัดเจน และเป็นไปแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่อยู่ในดุลพินิจของพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมากที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้งรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว เพื่อป้องกันการดึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ และผูกมัดผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันเพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง ถึงแม้ว่าการผูกมัดผู้ป่วยเป็นการพยาบาลที่จำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ขั้นตอนในการผูกมัดผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วยมีความหลากหลาย รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ส่งผลให้อัตราการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงขึ้น หรือเกิดการผูกมัดเกินความจำเป็น

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก นำมาสังเคราะห์ เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เดือน กันยายน 2565 (24 สัปดาห์) โดยทำการสืบค้นงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี 2556 - 2565 ตามกรอบของ PICO ดังนี้ P (population) คือ ผู้ป่วย

ที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต, I (Intervention) คือ
โปรแกรมการพยาบาลด้วยการผูกมัด, C (Comparison)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ไม่มี และ O (Outcome) คือ อัตราและระยะเวลาในการผูกมัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด อุบัติการณ์ไม่เลือกของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย ความรู้สึกหลังได้รับการผูกมัด และสมรรถนะและความพึงพอใจของพยาบาล กำหนดคำสำคัญ ได้แก่ การผูกมัดผู้ป่วย ข้อบ่งชี้การผูกมัด การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด การประเมินก่อนการผูกมัด วิธีการผูกมัด แนวปฏิบัติในการผูกมัด Restrained in ICU, Physical Restrained, Indication and Restraint, Method and Restraint, Evaluation and Restraint, Complication and Restraint, Nursing care and Restraint, Clinical guideline for Restraint และ Clinical care and Restraint จากนั้นคัดเลือกหลักฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ที่ที่รายงานฉบับเต็ม (Full text) และปีที่ 52 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

นำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice¹⁵ ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 34 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐาน Level 1 จำนวน 7 เรื่อง Level 2 จำนวน 2 เรื่อง Level 3 จำนวน 9 เรื่อง Level 4 จำนวน 7 เรื่อง และ Level 5 จำนวน 9 เรื่อง แล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ และนำไปสู่การปฏิบัติ มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

3.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ เดือน เมษายน 2566 (12 สัปดาห์) ผู้วิจัยและคณะได้ร่วมประชุมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา พัฒนาเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ฯ

ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เริ่มตั้งแต่เกณฑ์การประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัดที่พัฒนาจาก MASS, RASS และ CAM ICU¹⁶ แนวปฏิบัติเพื่อลดการผูกมัดโดยใช้ ABCDEF bundle¹⁷ และแนวปฏิบัติการผูกมัดที่แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผูกมัด ระยะผูกมัด และระยะยุติการผูกมัด

3.2 เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ทำการตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติ ฯ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผูกมัด 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องทั้งเนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแนวปฏิบัติ ฯ ที่พัฒนาขึ้นประเมินความเป็นไปได้ โดยใช้ The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการผูกมัด 5 ท่าน พิจารณาคุณภาพของแนวปฏิบัติ ฯ พบว่า มีคุณภาพโดยรวม ร้อยละ 85.67 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤต 10 ราย และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ฯ

3.3 ผู้วิจัยและคณะเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ปฏิบัติงานใน 6 หอผู้ป่วยวิกฤต 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน จัดอบรม 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน มีการชี้แจงรายละเอียดแนวปฏิบัติ ฯ ให้ความรู้เรื่องระเบียบแนวความสนใจในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือสับสน และฝึกทักษะการเลือกใช้ผ้าผูกมัดชนิดต่าง ๆ มีการแสดงความคิดเห็นต่ออุปกรณ์การผูกมัดที่มีทั้งความอ่อนนุ่มและความแข็งแรง ทำให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมผ้าคาด-อกลดความเสี่ยง สำหรับใช้ในการผูกมัดบริเวณ

ทรวงอกเพื่อป้องกันการลื่น ผู้วิจัยและคณะได้สาธิตและฝึกทักษะการผูกมัดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าคาด-อกลดความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งมีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดก่อนและหลังอบรม

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์แนวปฏิบัติ ฯ เดือน สิงหาคม 2566 (12 สัปดาห์) เป็นระยะการนำแนวปฏิบัติ ฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานเพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ฯ ผ่านกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยและคณะดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ระยะนี้ผู้วิจัยและคณะได้เสริมพลังและให้กำลังใจแก่ทีมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือซักถามในประเด็นที่สงสัยและปัญหาอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า แบบบันทึกการประเมินการผูกมัดผู้ป่วยยังไม่เอื้ออำนวยต่อการบันทึก จึงมีการปรับปรุงแบบบันทึกการประเมินการผูกมัดผู้ป่วย ให้สะดวกต่อการบันทึกในขณะปฏิบัติงานจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้ง 6 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จากการคำนวณตามสูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของ 2 กลุ่มของ Bernard¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน

1.1 กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่เดือนมีนาคมถึง พฤษภาคม 2567 จำนวน 40 คน และได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.2 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่เดือน มิถุนายนถึง สิงหาคม 2567 จำนวน 40 คน และได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน 6 หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต

ศัลยกรรมประสาทหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมหัวใจชั้น 2 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
หัวใจชั้น 3 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือมีประสบการณ์
การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบ คุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติ
การพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอ
ผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่
ระยะก่อนผูกมัด ระยะผูกมัด และระยะยุติการผูกมัด
มีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในแนวปฏิบัติ ดังนี้
1) แบบประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัดผู้ป่วย 2) การ
พยาบาลเบื้องต้นเพื่อลดการผูกมัด (กรณีใส่และไม่ได้ใส่
ท่อช่วยหายใจ) 3) เกณฑ์การประเมินการผูกมัดร่างกาย
ตามระดับความรุนแรง และ 4) แผนการพยาบาลผู้ป่วย
ขณะผูกมัดที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์
และจิตสังคม ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)
เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำไปหาคุณภาพโดยใช้กระบวนการ
AGREE II โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า มีคุณภาพ
โดยรวม ร้อยละ 85.67

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
และพยาบาลวิชาชีพ

2) แบบสอบถามความรู้สึของผู้ป่วย หรือ
ญาติภายหลังได้รับการผูกมัด 8 ข้อคำถาม มีเกณฑ์การ
ให้คะแนน 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่มี
ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มี ค่าความตรง
เชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับ
ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้

ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ
0.82

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยถามเกี่ยวกับความ
เป็นได้ในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ ความสะดวกในการ
นำไปปฏิบัติ ใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้
จริง และพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ เกณฑ์การให้
คะแนนมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ
น้อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มี
ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 นำไปหาความเชื่อมั่น
กับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10
คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา
เท่ากับ 0.80

4) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการ
ประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด เป็นข้อสอบ
ปรนัย 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน ต้องผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$
และข้อสอบภาคปฏิบัติสถานการณ์จำลอง ใช้ OSCE
ประเมินทักษะในการพยาบาล 5 ข้อ ข้อละ 20 คะแนน
ต้องผ่านเกณฑ์ $\geq 80\%$ ตรวจสอบคุณภาพจาก
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหาและ
เชื่อถือ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นนำไปทดสอบความ
เชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 10 คน ด้วยวิธี Kuder Richardson 20 ได้ค่าความ
เชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 20
มีนาคม 2567 เอกสารเลขที่ 046/2567 (ต่ออายุ 20
มีนาคม 2568) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำ
ตัวกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบ
กำหนด โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

แต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้อ่านแบบคำชี้แจงและลงนามยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อัตราการผูกมัด ระยะเวลาการผูกมัด ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการผูกมัด อุบัติการณ์เลื่อนหลุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย ความรู้สึกหลังได้รับการผูกมัดของผู้ป่วยหรือญาติ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ good of fitness chi square test พบว่า ลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด โดยวัด 3 ครั้ง ก่อนการอบรม หลังการอบรม และสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะก่อนผูกมัด ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ด้านพฤติกรรมและการใส่สายอุปกรณ์ชนิด invasive หากคะแนน 1-7 ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อลดการผูกมัด หากคะแนน > 8 พิจารณาผูกมัดและเข้าสู่ระยะผูกมัด

1.2 ระยะผูกมัด เมื่อคะแนน > 8 รายงานแพทย์เพื่อเขียนแผนการรักษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมลงนามยินยอม ให้การพยาบาลครอบคลุม

ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที ในช่วงแรก หลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง พร้อมคลายการผูกมัดแต่ละตำแหน่ง สื่อสารด้วยภาษาเข้าใจง่าย ประเมินผิวหนังและอวัยวะบริเวณที่ถูกผูกมัด การขบถ่าย สภาพจิตใจ ดูแลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวแขนขา ประเมินข้อบ่งชี้ซ้ำทุก 2 ชั่วโมง หากคะแนน > 8 ผูกมัดต่อ หากคะแนน 1-7 เข้าสู่ระยะยุติการผูกมัด

1.3 ระยะยุติการผูกมัด ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อลดการผูกมัดและการพยาบาลตามปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ประเมินข้อบ่งชี้การผูกมัดทุก 8 ชั่วโมง

2. ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการผูกมัด 40 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและการผูกมัดตามปกติ 40 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 65 ได้รับการศึกษา ร้อยละ 92.5 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.5 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 57.5 ได้รับการศึกษา ร้อยละ 90.0 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.0

เมื่อนำมาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทางสถิติ โดยใช้ Chi-Square test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในเรื่องเพศ ($\chi^2 = 0.436$, $p\text{-value} = 0.326$) อายุ ($\chi^2 = 0.491$, $p\text{-value} = 0.357$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 0.524$, $p\text{-value} = 0.384$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 0.580$, $p\text{-value} = 0.500$) อาชีพ ($\chi^2 = 0.470$, $p\text{-value} = 0.364$)

1) อัตราการผูกมัดพบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ มีอัตราการผูกมัดร้อยละ 32.5 และเป็นการผูกมัดที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทุกราย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการผูกมัด ร้อยละ 67.5 และพบการผูกมัดที่ไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ ร้อยละ 57.5 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการผูกมัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีอัตราการผูกมัดที่ไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

2) ระยะเวลาในการผูกมัด พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัด เท่ากับ 22 ชั่วโมง 12 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัด เท่ากับ 67 ชั่วโมง 31 นาที เมื่อนำมา

เปรียบเทียบกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3) ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการผูกมัด พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการผูกมัด ดังตารางที่ 1

4) อุบัติการณ์เลื่อนหลุดของอุปกรณ์ ทางกายภาพที่สอดใส่ในร่างกาย พบว่า กลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและสายคาหลอดเลือดดำอย่างละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.4 ขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์ฯ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า กลุ่มควบคุมพบอุบัติการณ์ฯ มากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การผูกมัดผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ($n = 80$)

ผลลัพธ์การผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต	กลุ่มทดลอง ($n=40$)		กลุ่มควบคุม ($n=40$)		t	p-value
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ		
อัตราผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผูกมัด	13	32.5	27	67.5	-3.300	0.001*
การผูกมัดที่ไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้	0	0	23	57.5	-7.264	0.000*
ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการผูกมัด	0	0	0	0		1.000
อุบัติการณ์เลื่อนหลุดของอุปกรณ์ที่สอดใส่ในร่างกาย	0	0	2	7.40	-1.433	0.003*

* p-value < 0.05

5) ความรู้สึกของผู้ป่วยหรือญาติภายหลังได้รับการผูกมัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกที่พบมาก 3 อันดับแรกของกลุ่มทดลอง ได้แก่ เข้าใจและรับได้เมื่อถูกผูกมัด รู้สึกอึดอัดไม่สามารถสื่อสารหรือขยับตัวได้ และรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับการผูกมัด ส่วนของกลุ่มควบคุม

ได้แก่ เข้าใจและรับได้เมื่อถูกผูกมัด เหมือนถูกกักขัง/จำกัดอิสรภาพ และรู้สึกอึดอัดไม่สามารถสื่อสารหรือขยับตัวได้ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันรายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเชิงบวก (ข้อ 7-8) สูงกว่ากลุ่มควบคุม และความรู้สึกเชิงลบ (ข้อ 1-6) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกของผู้ป่วยหรือญาติหลังได้รับการผูกมัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้สึกของผู้ป่วยหรือญาติเมื่อได้รับการผูกมัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. กลัว	2.46	.776	2.70	.608
2. เหมือนถูกกักขัง/จำกัดอิสรภาพ	2.69	.855	2.70	.832

3. กระวนกระวาย ไม่อยากอยู่โรงพยาบาล	2.08	.954	2.26	.984
4. อึดอัด ไม่สามารถสื่อสาร หรือขยับตัวได้	2.92	.760	3.04	.808
5. อับอายผู้พบเห็น	1.38	.506	1.96	.649
6. โกรธผู้ที่มาผูกมัด	1.62	.870	2.04	.854
7. ปลอดภัยเมื่อได้รับการผูกมัด	2.92	.640	2.76	.784
8. เข้าใจและรับได้เมื่อถูกผูกมัด	3.31	.855	3.19	.921

2.2 ด้านพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติฯ จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.2 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 23-30 ปี ร้อยละ 51.2 นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 87.5 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 พยาบาล วิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 40 และมีอายุงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 28

1) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ ประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วย

วิกฤต พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ฯ ก่อนการอบรม เท่ากับ 44.46 ภายหลังการอบรมมีคะแนน เฉลี่ย เท่ากับ 81.34 และภายหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 83.78 เมื่อนำมา เปรียบเทียบกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพ ฯ ภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และเมื่อ สิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ ฯ สูงกว่าหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (F 82.437, p < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด (n = 80)

สมรรถนะพยาบาลใน	ก่อนการอบรม		หลังการอบรมทันที		หลังสิ้นสุดการวิจัย 1 เดือน		F	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การประเมินและดูแล								
ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด	44.46	18.368	81.34	21.734	83.78	22.454	82.437	0.000*

*p-value < 0.05

2) ความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติฯ พบว่า ภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า แนว ปฏิบัติฯ มีผลลัพธ์ที่ดีในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.32 รองลงมา คือ มีความ เป็นไปได้ในการใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 แนวปฏิบัติ ฯ สามารถปฏิบัติได้จริงและมีความ พึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบ องค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

การพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวคิดของ โด นานิเดียน¹³ และซุคัพ¹⁴ โดยทบทวนหลักฐานอย่าง ปีที่ 52 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

เป็นระบบ ใช้เครื่องมือประเมิน MAAS Scale และ RASS Scale เพื่อพัฒนาเกณฑ์ข้อบ่งชี้ และประยุกต์ ABCDEF Bundle ตาม Balas¹⁷ และ Mitchell et al.¹⁹ ได้แนวปฏิบัติครอบคลุม 3 ระยะ ผู้วิจัยยังพัฒนาผ้าคาดอก ใหม่และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีการนิเทศ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และทีมพยาบาลมีส่วนร่วมปรับปรุง แบบบันทึก ทำให้แนวปฏิบัติสมบูรณ์และใช้งานได้จริง สอดคล้องกับเทวัญ และชาญณรงค์⁸ ที่พบการปฏิบัติ ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็น 52 และความพึงพอใจ ร้อยละ 88

2. ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบ องค์รวมในการผูกมัดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.1 อัตราการผูกมัดของกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 32.5 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการผูกมัด ร้อยละ 67.5 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองเป็นเท่าตัว เนื่องจากมีแนวทางการประเมินเพื่อระบุข้อบ่งชี้ในการผูกมัดที่ชัดเจน ในขณะที่กลุ่มควบคุมการผูกมัดขึ้นกับดุลพินิจของพยาบาลผู้ดูแลซึ่งพบว่าอัตราการผูกมัดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจสูงถึงร้อยละ 75.86 คะแนนการประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัดนั้นเป็นผลรวมระหว่างพฤติกรรมผู้ป่วยและการสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย หากได้คะแนน 1-7 จะให้การพยาบาลเบื้องต้น โดยนำ ABCDEF bundle มาประยุกต์ใช้ เพื่อลดการผูกมัด หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 จึงทำการผูกมัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.²⁰ ที่นำโปรแกรม ABCDEF indicators มาพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดการผูกมัดในหอผู้ป่วยหนักทางระบบประสาทของประเทศไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการผูกมัดลดลงจากร้อยละ 6.1 เหลือร้อยละ 3.2

ความเหมาะสมในการผูกมัดพิจารณาจากคะแนนประเมินก่อนการผูกมัด ว่าผูกมัดเหมาะสมเมื่อได้ 8 คะแนนขึ้นไป ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมผูกมัดไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 57.5 ขณะที่กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการอบรมแนวปฏิบัติ มีอัตราผูกมัดเหมาะสมทั้งหมด ก่อนมีการอบรมแนวทางปฏิบัติ นั้น พยาบาลผู้ดูแลมักพิจารณาผูกมัดตามแนวทางที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาในแต่ละหอผู้ป่วย เช่น อัตราการผูกมัดในปี 2565 - 2567 ในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมหัวใจชั้น 2 คิดเป็นร้อยละ 6.3, 1.7 และ 2.8 ตามลำดับ ขณะที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจชั้น 3 ซึ่งดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันมีอัตราการผูกมัด คิดเป็นร้อยละ 67.9, 76.2 และ 70.1 แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่ไม่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรนี้ถูกส่งต่อกันรุ่นสู่รุ่นในหอผู้ป่วยต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพยาบาลผู้ดูแลในการตัดสินใจผูกมัดเป็นอย่างมาก ข้อมูลที่น่าสังเกตอีกประเด็นคือในกลุ่มที่ผูกมัดไม่เหมาะสม 23 คน เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจถึง 18 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 78.3 และในกลุ่ม

ควบคุมมีถึง 4 จาก 6 หอผู้ป่วยที่ผูกมัดผู้ป่วยทุกรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จึงน่าจะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติต่อ ๆ กันมาว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกรายควรผูกมัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Li and Fawcett³ พบว่าพยาบาลตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วยโดยใช้ประสบการณ์เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการนำหลักฐานการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

2.2 ระยะเวลาในการผูกมัด ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัด เท่ากับ 22 ชั่วโมง 12 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัด เท่ากับ 67 ชั่วโมง 31 นาที เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการผูกมัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดนานกว่า 24 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองพบ 2 จาก 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.4 และในกลุ่มควบคุมพบ 14 จาก 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al.²⁰ ที่นำโปรแกรม ABCDEF indicators มาพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบว่าระยะเวลาการผูกมัดนานเกิน 24 ชั่วโมงลดลงจากร้อยละ 69.6 เหลือ ร้อยละ 34.1 ซึ่งระยะเวลาผูกมัดในกลุ่มทดลองลดลงนั้น เนื่องจากมีแนวทางประเมินเพื่อยุติการผูกมัดที่ชัดเจน โดยจะประเมินทุก 2 ชั่วโมง หากได้คะแนน 1-7 จะยุติการผูกมัดทันที ในขณะที่กลุ่มควบคุมมักยุติการผูกมัดเมื่อนำท่อช่วยหายใจ และ Invasive device ออก หรือเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการสับสนวุ่นวาย

หากพิจารณาชั่วโมงการผูกมัดทั้งหมด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะเห็นความแตกต่าง และประโยชน์การใช้แนวทางปฏิบัติ ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยชั่วโมงการผูกมัดทั้งหมดในกลุ่มทดลอง 13 รายเท่ากับ 286 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับชั่วโมงการผูกมัด 27 รายในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1,823 ชั่วโมง ทำให้สามารถลดช่วงเวลาที่ดีอัด

และทุกขุทธานของผู้ป่วยได้มากกว่า 1,500 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราการผูกมัดโดยรวม และระยะเวลาการผูกมัดในผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการผูกมัดพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าแนวทางปฏิบัติฯ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ได้หรือไม่

2.4 อุบัติการณ์เลื่อนหลุดของอุปกรณ์ที่สอดใส่ในร่างกาย พบว่า กลุ่มทดลองไม่พบอุบัติเหตุการหลุดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สอดใส่ในร่างกาย เนื่องจากก่อนการผูกมัดมีการพูดคุยให้ข้อมูลความจำเป็นในการผูกมัด เลือกรูปแบบและตำแหน่งการผูกมัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาจากคะแนนประเมิน ขณะผูกมัดมีการประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจเยี่ยมพร้อมทั้งประเมินบริเวณที่ถูกผูกมัด ทุก 15 นาทีในช่วงแรก หลังจากนั้นตรวจเยี่ยม ทุก 2 ชั่วโมง ทำให้ไม่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนกลุ่มควบคุมพบอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจ 1 ราย และดึงสายน้ำเกลือ 1 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอถึงความจำเป็นที่ต้องใส่อุปกรณ์ก่อนการผูกมัดทำให้เกิดความเครียด การต่อต้าน พยายามดิ้นเพื่อให้หลุดจากการผูกมัดและนำมาซึ่งการดึงท่อช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ได้ ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าการผูกมัดไม่อาจป้องกันการดึงอุปกรณ์ที่สอดใส่ได้ทั้งหมด และอาจเพิ่มอุบัติเหตุอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Shields et al.¹¹ ที่ศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดการผูกมัดพบอุบัติเหตุการดึงท่อช่วยหายใจ 27 ครั้งในผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ผูกมัดพบอุบัติเหตุเพียง 11 ครั้ง⁷

2.5 ความรู้สึกหลังได้รับการผูกมัดของผู้ป่วยหรือญาติในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเชิงบวก มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเชิงลบ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยขณะผูกมัดที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการผูกมัดเพื่อความปลอดภัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสม มีการขอคำยินยอมก่อนการผูกมัดผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษา แต่หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอก่อนการผูกมัด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการต่อต้าน ไม่ยอมรับ นอกจากนี้การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ร่วมกับการสัมผัสและสบตาผู้ป่วยพร้อมรับฟังความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการผูกมัด และยังมีการตรวจเยี่ยมทุก 15 นาทีในช่วงแรก หลังจากนั้นตรวจเยี่ยมและประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัด ทุก 2 ชั่วโมงตลอดจนการประเมินการขยับถ่ายพร้อมให้ความช่วยเหลือ ดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวแขนขาป้องกันการยึดติด และได้รับการคลายการผูกมัดแต่ละตำแหน่งครั้งละ 15 นาที ทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินข้อบ่งชี้เพื่อยุติการผูกมัด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเข้าใจ รับผิดชอบ และรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับการผูกมัด สอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ ที่พบว่า การให้ข้อมูลก่อนการผูกมัดและการดูแลอย่างเป็นองค์รวมช่วยเพิ่มความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยและญาติ²¹ และการศึกษาประสบการณ์ของทีมต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด ที่ว่าการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในทุกขั้นตอนของกระบวนการผูกมัด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการแจ้งญาติ ให้ข้อมูล และขอคำยินยอม

เมื่อจะต้องผูกมัดต้องเริ่มต้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความเข้าใจ รับรู้ข้อมูลที่ต้องการ และให้ความร่วมมือในการรักษา²²

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเชิงลบ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ รู้สึกเหมือนถูกกักขังหรือจำกัดอิสรภาพ อึดอัด ไม่สามารถสื่อสารหรือขยับตัวได้ และรู้สึกกลัว เนื่องจากการผูกมัดนั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายตามที่ต้องการได้ เป็นการจำกัดอิสระ เกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การพยาบาลด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญในการบรรเทาความกลัว ความวิตกกังวลที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกระวนกระวาย ไม่อยากอยู่โรงพยาบาล แนวปฏิบัติฯ ในระยะการผูกมัดได้ให้ความสำคัญในการประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียพลังอำนาจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง รู้สึกถูกแยกจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับการกระตุ้นที่มากเกินไปจากอุปกรณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งเสริมการพยาบาลด้านจิตใจและสังคม สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการระดับประคองจิตใจผู้ป่วย อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจะให้ระบายความรู้สึกโดยการเขียนความรู้สึกหรือความต้องการต่าง ๆ และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งให้กำลังใจ ร่วมกับการประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัดผู้ป่วยซ้ำ เพื่อพิจารณายุติการผูกมัดให้เร็วที่สุด จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเชิงลบของกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al.²³ ที่พบว่า ประสิทธิภาพการผูกมัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอิสรภาพและความเป็นตัวตน ส่วนความวิตกกังวลและความกลัว Martin and Mathisen²⁴ ซึ่งให้เห็นว่า

ความรู้สึกกลัวเป็นปฏิกิริยาปกติของผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลน้อย

3. พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.1 สมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากผู้วิจัยและคณะได้เตรียมความพร้อมของพยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ความรู้เรื่องการเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือสับสน ชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติ ฯ การบันทึกข้อมูลจริงด้านระยะเวลาการผูกมัด การพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และฝึกทักษะการเลือกใส่ผ้าผูกมัดชนิดต่าง ฝึกการประเมินผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ก่อนการผูกมัด ฝึกวิธีการผูกมัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือสับสนโดยใช้ผ้าคาดอกที่พัฒนาขึ้น ระหว่างการอบรมมีการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผูกมัดในผู้ป่วยวิกฤตแต่ละหน่วยงาน ทำให้คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพภายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และขณะนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปทดลองใช้ผู้วิจัยและคณะได้นิเทศพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติฯ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยนิเทศและสอนตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ การพยาบาลขณะผูกมัด การประเมินผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ซ้ำ ประเมินภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ การคลายการผูกมัดครั้งละ 15 นาที ทุก 2 ชั่วโมง การบันทึกทางการพยาบาล ติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ฯ รวมทั้งการเก็บข้อมูลการผูกมัด และให้กำลังใจแก่ทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วม

ในการแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรืออุปสรรคที่พบจากการใช้แนวปฏิบัติฯ และทีมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแบบบันทึกการประเมินการผูกมัดผู้ป่วยให้ความสะดวกต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมด้วยการให้ความรู้ การได้ฝึกทักษะการผูกมัดการนิเทศ การสอนงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ปัญหา และมีแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนทั้ง 3 ระยะ ทำให้คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 เดือน สูงกว่าหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมากทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ พยาบาลเห็นความสำคัญในการมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมใช้ในการผูกมัดผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนทั้ง 3 ระยะ ทำให้มีความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและปรับปรุงแบบบันทึกการประเมินการผูกมัดผู้ป่วยให้มีความสะดวกต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Herzberg²⁵ ที่กล่าวว่าผู้ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีโอกาสแสดงออกโดยนำความรู้มาพัฒนางานที่ได้รับมอบหมายและสามารถกระทำจนประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้อื่นยอมรับ บุคคลจะให้ความร่วมมือมากขึ้น และการศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดร่างกาย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า พยาบาลมี

ความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการพยาบาลอยู่ในระดับมากในทุกด้าน⁹ เช่นเดียวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด สำหรับหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า พยาบาลเห็นความสำคัญในการใช้มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และเป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เหมาะสมรวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการหลังพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง⁹

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การใช้กลุ่มตัวอย่างเพียง 10 คน สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระยะ pilot study ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็กและป้องกันการปนเปื้อนของเครื่องมือ (contamination prevention) เนื่องจากการศึกษาหลักใช้ Pre-test/post-test design กับพยาบาล 80 คน หากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากในระยะทดสอบความเชื่อมั่น ทำให้เกิดการรบกวนของข้อมูลเครื่องมือ และส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ประกาศใช้แนวปฏิบัติฯ โดยผลักดันสู่ Work instruction (WI) ของโรงพยาบาล และมีการนิเทศกำกับและติดตาม ร่วมกับรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานจริง และหมุนวงล้อ CQI พัฒนาแนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดในหอผู้ป่วยอื่น และติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

Reference

1. Suliman M, Aloush S, Al-Awamreh K. Knowledge, Attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nurs Crit Care*. 2017; 22(5): 264-9.
2. Nomali M, Ayati A, Yadegari M, Nomali M, Modanloo M. Physical restraint and associated factors in adult patients in intensive care units: A cross-sectional study in north of Iran. *Indian J Crit Care Med*. 2022; 26(2): 192-8.
3. Li X, Fawcett TN. Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International J Nurs Sci*. 2014; 1(4): 446-50.
4. Dusida Santikunaporn. Patient rights and decision making on physical restraint and psychiatric nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2014; 28(3): 1-12. Thai.
5. Suree Thammikaboworn. Patient restraint and nursing ethics. [Internet]. [cited 2022 Feb 2]; Available from: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/4.pdf>. Thai.
6. Thomann S, Gleichner G, Hahn S, Zwakhalen S. Attitudes of nursing staff in hospitals towards restraint use: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(12): 1-14.
7. Jutathip Kingkaew, Malatee Rungruangsiripan, Dusida Santikunaporn, Nattaya Julla. Perceptions of nursing staff on limit psychiatric patients' behaviors by using physical restraint. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32(2): 113-29. Thai.
8. Tewan Banditrakkanka, Channarong Warotchanaudom. Development of nursing clinical practice guideline for physical restrained patient for male inpatient department Nonghan hospital Nonghan district, Udon Thani province [Internet]. 2024 [cited 2024 July 15]; Available from: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php?bnav=1>. Thai.
9. Rattanaporn Prayooltem, Manoon Moundeage, Thanyaporn Arpaporn, Ranumas Boonkumnerd. Outcomes of nursing practice guideline implementation for risk monitoring in patients with physical restraints, male surgical ward 2, Songklanagarind hospital. *Reg 11 Med J*. 2018; 32(1): 831-40. Thai.
10. Rajavithi Hospital Medical Records Department. Statistics of data collection in Intensive Care Unit of Rajavithi Hospital from 2021-2023. Bangkok: Rajavithi Hospital; 2023. Thai.
11. Shields LBE, Edelen A, Daniels MW, Flanders K. Decline in physical restraint use following implementation of institutional guidelines. *JONA: J Nurs Adm*. 2021; 51(6): 318-23.
12. Nomali M, Ayati A, Yadegari M, Nomali M, Modanloo M. Physical restraint and associated factors in adult patients in intensive care units: A cross-sectional study in north of Iran. *Indian J Crit Care Med*. 2022; 26(2): 192-8.
13. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Jama* 1988; 260(12): 1743-48.
14. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am*. 2000; 35(2) :301-9.

15. Dang D, Dearholt SL, Bissett K, Ascenzi J, Whalen M. Johns Hopkins Evidence-Based Practice model of nursing and healthcare professionals: Hierarchy of evidence guide. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. 2022.
16. Mahidol university. Quality improvement of unplanned extubation by RASS and CAM-ICU tools: CQI. [Internet]. [cited 2023 Feb 20]; Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/public/qc/pdf/297.Quality%20improvement%20of%20unplanned%20extubation%20by%20RASS%20and%20CAM-ICU%20tools.pdf>. Thai.
17. Balas MC, Brockman A. Preventing self-extubation without using restraints. Crit Care Nurse. 2021; 41(3): 70-2.
18. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5thed: Duxbury Press; 2000.
19. Mitchell DA, Panchisin T, Seckel MA. Reducing use of restraints in intensive care units: a quality improvement project. Critical Care Nurse. 2018; 38(4): 8-16.
20. Lin YL, Liao CC, Yu WP, Chu TL, Ho LH. A multidisciplinary program reduces over 24 hours of physical restraint in neurological intensive care unit. J Nurs Res. 2018; 26(4): 288-96.
21. Lee JH, Kim SY, Park JH. Holistic nursing care for physically restrained patients: A mixed-method study. Int J Nurs Stud. 2021; 115; 103852.
22. Pootsanee Kaewmanee, Preamrudee Damrak, Waneeta Samoh, Rewat Khongphasuk, Noorinee Klayna. Experiences of a nursing team on behavior limitation using physical restraint among psychiatric patients. The Southern College Network. Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(2), 246-58. Thai.
23. Johnson K, et al. Patient restraint experience. J Nurs Res. 2020; 45(3): 112-5.
24. Martin A, Mathisen L. Psychological impact of patient restraint. Int L Ment Health Nurs. 2019; 28(2): 45-57.
25. Herzberg F. Work and the nature of man. ed, editor. London: Crosby Lockwook Staples; 1968.